
UNIDAD 10 - EMERGENCIAS GINECOLÓGICAS

*Carlos R. López, Néstor C. Garello,
Remo Bergoglio (h), Roberto Valfré, Jorge Saliba (h)*

ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO

*CONCEPTO. CLASIFICACIÓN. CLÍNICA. DIAGNÓSTICO EN LA EMERGENCIA.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS*

DOLOR PELVIANO

*SINDROMES ÁLGICOS PELVIANOS AGUDOS Y CRÓNICOS. DOLOR PELVIANO
CRÓNICO: PRINCIPIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. DISMENORREA Y
SINDROME PREMENSTRUAL: FISIOPATOGENIA Y TRATAMIENTO*

HEMORRAGIAS GENITALES

CLASIFICACIÓN. ETIOLOGÍA. PAUTAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO

CONCEPTO. CLASIFICACIÓN. CLÍNICA. DIAGNÓSTICO EN LA EMERGENCIA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS.

CONCEPTO

El abdomen agudo (AA), representa un prototipo de emergencia médica, que exige rápida precisión diagnóstica y terapéutica porque, con frecuencia, se encuentra en riesgo la vida de un paciente. Esto supone por parte del médico, el conocimiento previo de las patologías que lo pueden ocasionar, el manejo preciso de la semiología, que es el principal elemento para el diagnóstico, el uso racional de los métodos auxiliares, que en razón de la emergencia y el medio en que se desempeñe, no siempre estarán disponibles y, finalmente, decisiones terapéuticas acertadas. En la mujer, estas características se ven acentuadas, ya que la patología del aparato genital es la causa principal del AA, constituyendo el abdomen agudo ginecológico (AAG) una entidad con perfil propio.

El abdomen agudo ginecológico (AAG) se conceptualiza como una emergencia médica de iniciación brusca, originado en una afección del aparato genital, cuyo síntoma constante es el dolor, que puede poner en peligro la vida de la paciente y que exige una decisión terapéutica inmediata, que frecuentemente, pero no siempre, es quirúrgica.

Debido a las repercusiones sobre la fertilidad que puede tener el tratamiento quirúrgico de un AAG, el ginecólogo debe ser cauto en la indicación quirúrgica y conservador en la estrategia de la cirugía, pero no por ello conservar la patología. Los objetivos generales a tener en cuenta para cumplir con estas premisas son:

- Conocer e identificar la fisiopatología de las causas ginecológicas.
- Diferenciar las situaciones que requieren un tratamiento médico de aquéllas que deben ser tratadas quirúrgicamente.
- Efectuar un correcto diagnóstico diferencial entre las variadas patologías ginecológicas que lo producen.
- Ser prudente al indicar una conducta quirúrgica y conocer las consecuencias de cualquier exéresis.
- Considerar la opción de la cirugía laparoscópica.
- Ser conservador en el acto operatorio, cuando el futuro reproductivo de la mujer lo aconseje.
- Resolver precozmente el cuadro para reducir la morbimortalidad.

En la práctica quirúrgica no hay situación más dramática que la desencadenada por las afecciones quirúrgicas agudas del abdomen.

MONDOR

CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR EN EL AAG

El dolor agudo es aquel que tiene comienzo brusco, es intenso, de curso corto y rápida progresión. El dolor es el síntoma cardinal del AAG, que tiene características de inicio, localización e irradiación, dependientes de la etiología que lo ocasiona. Su evolución puede ser variable pero es de intensidad suficiente para motivar la consulta de urgencia. El dolor abdominal agudo es el motivo de consulta más frecuente en los servicios médicos de urgencia. (Figura 10.1)

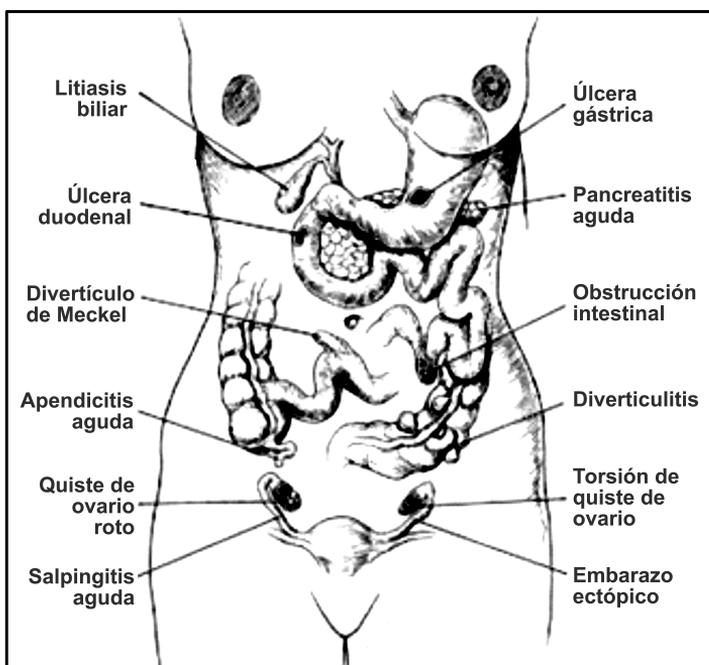


Figura 10.1: principales patologías que producen dolor abdominal agudo.

La mayoría de los dolores abdominales agudos que se instalan en mujeres previamente sanas y que duran más de seis horas, son causados por condiciones de importancia quirúrgica aunque, con menor frecuencia, pueden ser producidos por patologías cuya solución es clínica y cuyo diagnóstico se hace por exclusión.

El dolor abdominal se divide en tres categorías: visceral, parietal y referido.

DOLOR VISCERAL

Es ocasionado por la distensión de una víscera hueca y se manifiesta en la línea media del abdomen, en relación al origen embriológico del órgano comprometido. Es de percepción profunda, de poca intensidad y de localización indefinida.

DOLOR PARIETAL

Es ocasionado por la irritación mecánica o química del peritoneo parietal, la raíz del mesenterio o el diafragma. Se localiza en el hemiabdomen del estímulo y se acompaña de contractura muscular.

DOLOR REFERIDO

Es el que se percibe en una localización distante del lugar de máximo estímulo, debido a la confluencia, en la médula espinal, de fibras aferentes provenientes de diversas áreas del cuerpo. Los órganos pelvianos refieren el dolor según el siguiente esquema:

- Trompas y ovarios: Dorsal 9 y 10
- Útero, vejiga, apéndice y colon: Dorsal 11 y 12, Lumbar 1.
- Periné, vulva y vagina, parametrios, uréteres inferiores y recto: Sacro 2 y 4.

CARACTERIZACIÓN DE LAS MODIFICACIONES DE LA PARED ABDOMINAL EN EL AAG

Los músculos que componen las paredes anteriores y laterales del abdomen (rectos anteriores, oblicuos mayores y menores), reaccionan contrayéndose voluntaria o involuntariamente, ante la agresión mecánica o química del peritoneo. Esta reacción se produce por el principio de Stokes, que expresa: *“Cuando una mucosa o una serosa se inflama, se paralizan los músculos adyacentes”*.

Las modificaciones de la pared abdominal son la defensa abdominal, la reacción peritoneal y la contractura muscular.

DEFENSA ABDOMINAL

Es un signo semiológico que se pone de manifiesto en la palpación del abdomen como una contracción de los músculos, producida por hipertonía muscular que se origina por el reflejo en el peritoneo visceral agredido. Es un reflejo voluntario, pero la palpación despierta dolor visceral involuntario. La defensa se presenta en los procesos no perforativos del abdomen.

REACCIÓN PERITONEAL

Es un signo semiológico que se pone de manifiesto con la compresión progresiva y descompresión brusca de la pared abdominal, lo que produce dolor. Cuando se produce en la fosa ilíaca derecha se denomina signo de Blumberg, sospechoso de apendicitis aguda. Cuando se manifiesta en otros sitios del abdomen, se denomina signo de Genau de Mussy. El sitio de mayor intensidad del dolor ayuda a localizar topográficamente el proceso patológico.

CONTRACTURA MUSCULAR O ABDOMEN EN TABLA

Es la contracción permanente de los músculos de la pared abdominal por agresión del peritoneo parietal y representa un reflejo involuntario.

CATEGORIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES DEL AAG

Además del dolor y las modificaciones de la pared abdominal, en el AAG la paciente presenta antecedentes, síntomas y signos generales, que varían según su etiología, y que deben ser siempre pesquisados en el examen clínico. Los principales son:

- Antecedentes de patologías previas o de intervenciones médicas recientes.
- Síntomas y signos de hemorragia interna: palidez, taquicardia, hipotensión arterial, shock hipovolémico, descenso del hematocrito.
- Síntomas y signos de infección: fiebre, facie séptica, leucocitosis, eritrosedimentación elevada.
- Síntomas intestinales: náuseas, vómitos, distensión abdominal.

La caracterización por el médico del dolor, como síntoma cardinal del abdomen agudo ginecológico, de las modificaciones de la pared abdominal, como signos principales y de los síntomas y signos generales, representa el gesto semiológico más importante en la secuencia diagnóstica.

CLASIFICACIÓN. CLÍNICA

El AAG se clasifica, según su etiología, en:

- Hemorrágico.
- Traumático.
- Infeccioso.
- Funcional.
- Mecánico.

A continuación, se describen las características etiológicas y clínicas salientes de las distintas formas de AAG, sin reiterar aquellas que se desarrollan en otras Unidades.

AAG HEMORRÁGICO

Se lo define como el AAG en el que, a los síntomas y signos comunes del AAG (dolor y modificaciones de la pared abdominal), se agregan síntomas y signos de hemorragia interna. Es el de presentación más frecuente, con variaciones dependientes del medio asistencial que se analice.

La etiología del AAG Hemorrágico es:

- Embarazo ectópico complicado (figura 10.2.A).
- Ruptura del cuerpo amarillo (figura 10.2.B).
- Ruptura de endometrioma ovárico (figura 10.2.C).
- Menstruación retrógrada en malformaciones uterinas.
- Hemorragia por ruptura uterina.
- Hemorragias posquirúrgicas (figura 10.2.D).
- Hemoperitoneo por otras causas genitales.

En el AAG hemorrágico, los síntomas y signos dependerán de la magnitud del hemoperitoneo, que produce la irritación peritoneal y la anemia.

El AAG más frecuente en la mujer es el hemorrágico. Siendo el embarazo ectópico tubario la causa más común de AAG, la conclusión es que EL EMBARAZO ECTÓPICO TUBARIO ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO EN LA MUJER.

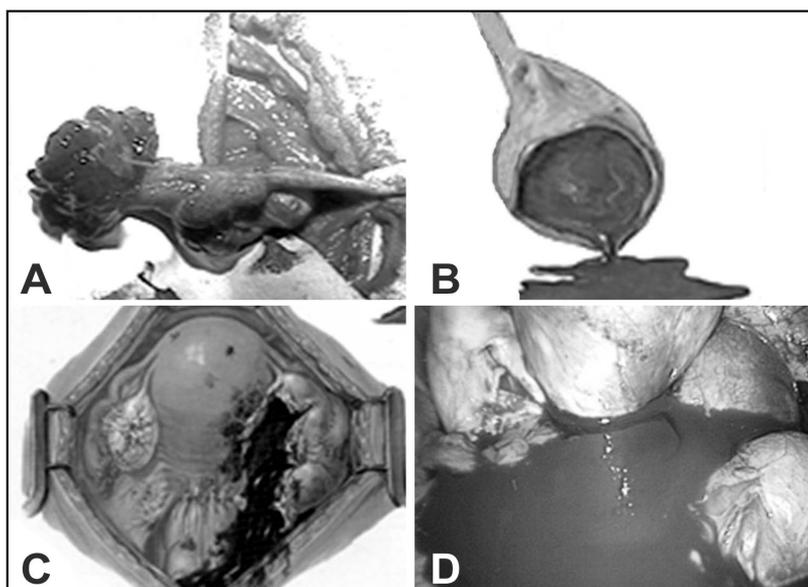


Figura 10.2: A: embarazo ectópico tubario complicado; B: ruptura de cuerpo amarillo; C: ruptura de endometrioma ovárico; D: hemoperitoneo posquirúrgico. B y C: modificado de Netter.

AAG INFECCIOSO

Se lo define como el AAG en el que, a los síntomas y signos comunes del AAG (dolor y modificaciones de la pared abdominal), se agregan síntomas y signos de infección. Es el segundo en frecuencia, después del hemorrágico, aunque si se lo evalúa en servicios médicos especializados en patología infecciosa, puede ser el más frecuente. La presentación clínica puede acompañarse de síntomas de enfermedad inflamatoria pelviana aguda.

Las causas etiológicas más frecuentes son:

- Enfermedad inflamatoria pelviana aguda a punto de partida de una salpingitis producida por gérmenes de transmisión sexual (Figura 10.3.A).
- Complicaciones sépticas del aborto provocado, cirugía pelviana, maniobras instrumentales, uso de dispositivo intrauterino (figura 10.3.B) y tumores pelvianos infectados.

El AAG Infeccioso por lo general se resuelve con conducta terapéutica médica, con antibioticoterapia, y secundariamente quirúrgica cuando no hay respuesta a la primera.

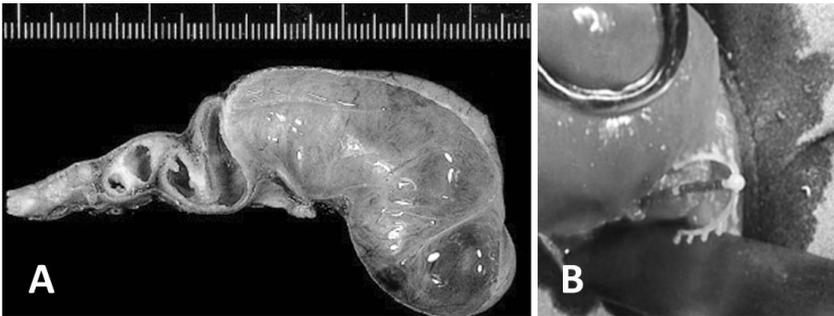


Figura 10.3: A: salpingitis aguda; B: útero perforado por dispositivo intrauterino.

AAG MECÁNICO

Se lo define como el AAG en el que, a los síntomas y signos comunes del AAG (dolor y modificaciones de la pared abdominal), no se agregan síntomas y signos de hemorragia ni infección, por lo que esta definición es por exclusión y no por conclusión. Con frecuencia, la paciente conoce el antecedente de tener un tumor pelviano, habitualmente de ovario.

La principal etiología del AAG Mecánico es la torsión de tumores ováricos (Figuras 10.4 y 10.5.A y B).

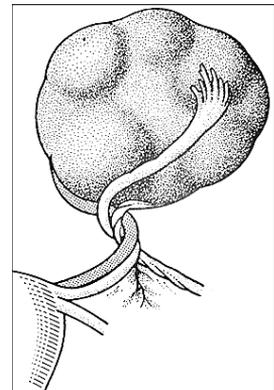
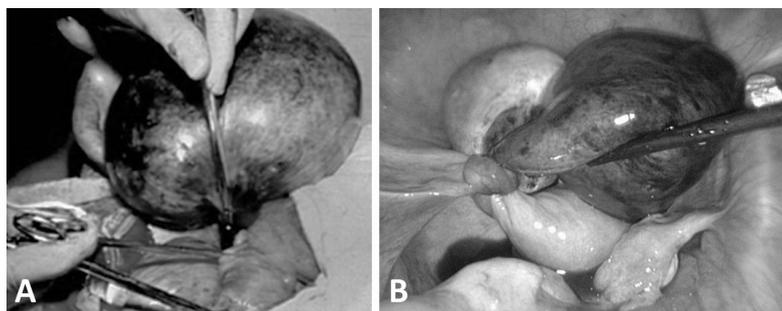
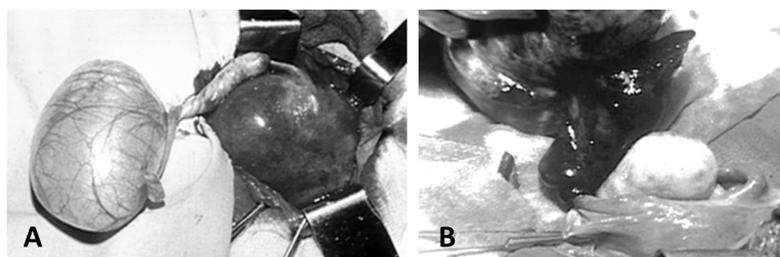


Figura 10.4: esquema de la torsión de un tumor de ovario.



*Figura 10.5:
A y B: torsión de
tumores de ovario
benignos (cisto-
adenomas serosos).*

Raramente se pueden torsionar otros tumores pelvianos, por ejemplo miomas, tumores del paraovario (figura 10.6.A) o estructuras normales del aparato genital (figura 10.6.B).



*Figura 10.6:
A: tumor del para-
ovario torsionado
en una mujer
embarazada;
B: torsión de la
trompa.*

La principal hipótesis que explica la torsión de los tumores ováricos, es la transmisión constante del peristaltismo intestinal sobre el tumor, cuando existen los siguientes factores predisponentes:

- Pedículo del tumor: a mayor longitud y laxitud, mayor posibilidad de torsión. Si la torsión es de 180° , se altera la circulación venosa manteniéndose la arterial, la que se compromete cuando es mayor de 360° .
- Tipo histológico: se torsionan con mayor facilidad los tumores quísticos y benignos que los sólidos y malignos, en relación 4 a 1. El menor peso y la movilidad de los primeros favorece la torsión.
- Tamaño: los de mediano volumen son los que más sufren esta complicación, ya que salen de la pelvis hacia el abdomen, adquiriendo mayor movilidad. Si son de volumen pequeño, quedan alojados en el fondo de saco de Douglas y evitan la influencia del peristaltismo intestinal. Los de gran tamaño quedan contenidos por las paredes abdominales, lo que reduce su movilidad.
- Embarazo y puerperio: ambos estados favorecen la torsión porque con el crecimiento del embarazo, los tumores se desplazan al abdomen y adquieren mayor movilidad. Tanto en el embarazo como en el puerperio, se instala una hipotonía fisiológica de los músculos de la pared abdominal, factor que también favorece la torsión.

El compromiso de la vascularización venosa y arterial del tumor u órgano torsionado, que está en relación directa a las vueltas de la torsión, produce isquemia, infarto y necrobiosis de los tejidos de la estructura comprometida. Este proceso es progresivo y condiciona, también en relación directa, la intensidad y la evolución del dolor. Este mecanismo de la torsión, conduce a dos conclusiones en la asistencia del AAG mecánico:

- El inicio de los síntomas es insidioso y de progresión lenta.
- Cuando se realiza el tratamiento quirúrgico, no se debe reducir la torsión, porque pueden pasar a la circulación general los tejidos en necrobiosis y ocasionar un fallo renal agudo. Por esto, la cirugía no puede ser conservadora y la extirpación debe realizarse desde el lugar de la torsión, incluyéndola.

AAG TRAUMÁTICO

Se produce por traumatismos directos en la pelvis que afectan las estructuras del aparato reproductor en caso de accidentes, por actividad coital y/o masturbatorias con objetos inadecuados, por perforación uterina y de otras vísceras en maniobras abortivas, por colocación de dispositivo intrauterino y por ruptura uterina durante la gestación, en úteros que han tenido una histerotomía (figura 10.7 A, B, C). Habitualmente, el AAG Traumático evoluciona en horas hacia un abdomen agudo hemorrágico y/o infeccioso. Para el diagnóstico, el principal dato es el antecedente que lo produjo.

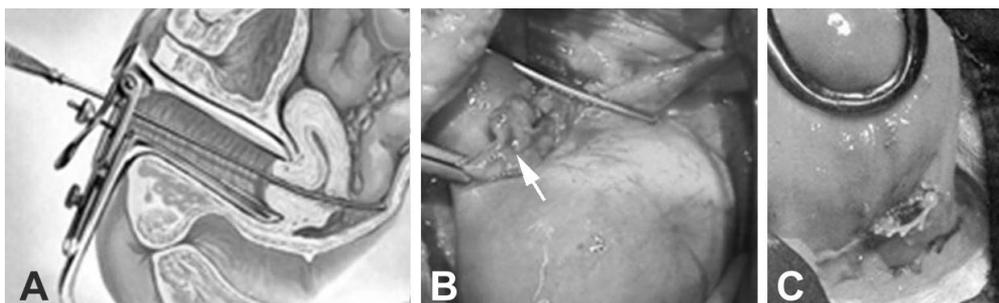


Figura 10.7: perforaciones uterinas: A: por histerometría; B: por maniobra abortiva, C: por dispositivo intrauterino. A: modificada de Netter.

AAG FUNCIONAL

Se produce por la exageración de los procesos fisiológicos que ocurren en el ciclo ovárico durante la etapa reproductiva, o por la intervención farmacológica exógena sobre este ciclo, en los tratamientos de inducción de ovulación en la mujer infértil.

Las principales etiologías son:

- Ruptura folicular.
- Ruptura del cuerpo amarillo.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica controlada (SHOC).

La ruptura folicular y del cuerpo amarillo se producen espontáneamente, como respuesta a estímulos gonadotróficos inadecuados sobre el ovario.

La ruptura del folículo ovárico es el evento fisiológico que caracteriza a la ovulación. El derrame del líquido folicular puede producir una leve irritación peritoneal que se manifiesta como un dolor leve a moderado en la mitad del ciclo menstrual, que puede ser percibido por la mujer y que cede en un plazo de 24 a 48 hs. Si el folículo ovulatorio mide 30 mm o más, la mayor cantidad de líquido derramado y la eventual ruptura de un vaso sanguíneo de la cápsula con llegada de sangre al peritoneo, pueden desencadenar síntomas y signos de abdomen agudo que llevan a la mujer a la consulta médica de urgencia (figura 10.8). Los datos que orientan el diagnóstico son el momento del ciclo en el que se produce el evento y la ausencia de patología evidente en el examen semiológico y los métodos complementarios. A pesar de su aparente magnitud, este abdomen agudo retrocede espontáneamente en un plazo no mayor a las 48 a 72 hs. La conducta terapéutica es el control de la evolución y la administración de analgésicos, de preferencia antiinflamatorios no esteroideos.



Figura 10.8: esquema de folículo preovulatorio >30 mm (modificada de Netter).

La ruptura del cuerpo amarillo, cuando la magnitud del hemoperitoneo es mayor a 100 cc de sangre, puede desencadenar un cuadro de AAG hemorrágico, cuyo principal diagnóstico diferencial es el embarazo ectópico, lo que impone solicitar la medición de subunidad beta de hCG. El cuerpo amarillo tiene la característica de tener un solo episodio de sangrado, independiente de la cantidad del mismo, a diferencia del embarazo ectópico, que lo hace en forma continua aunque con intermitencias. Por esta razón, cuando se sospecha una ruptura del cuerpo amarillo, la conducta inicial es el control de la evolución, reservando el tratamiento quirúrgico ante la persistencia o agravamiento del cuadro.

El SHOC se circunscribe a mujeres que están en tratamientos de infertilidad que incluyen la inducción de ovulación con gonadotrofinas (figura 10.9). Según su magnitud, puede condicionar cuadros graves y con riesgo de vida para la mujer. Las conductas diagnósticas y terapéuticas deben ser realizadas con la intervención de equipos médicos especializados en esta área.

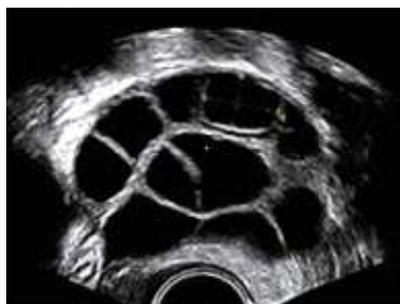


Figura 10.9: imagen ecográfica de ovario hiperestimulado.

Las principales características del AAG Funcional son su baja frecuencia, la escasa gravedad, generalmente retrograda en forma espontánea y su tratamiento es casi siempre médico y excepcionalmente quirúrgico.

DIAGNÓSTICO EN LA EMERGENCIA

La consulta por abdomen agudo ginecológico no respeta día, hora, lugar ni nivel de complejidad del sistema de salud. Por tratarse de una emergencia que puede poner en riesgo la vida de la paciente, este cuadro pone a prueba la capacitación, la experiencia, la sagacidad semiológica y los criterios de derivación del médico asistente, habitualmente un ginecólogo.

La multiplicidad etiológica del AAG involucra patologías muy disímiles, con pautas de diagnóstico y tratamiento específicas para cada una de ellas. Por esta razón, en este apartado sobre diagnóstico se desarrollan los principios generales que deben tenerse en cuenta en el inicio de la atención médica de una paciente.

Un diagnóstico rápido no es necesariamente instantáneo, por lo que siempre hay tiempo para los exámenes esenciales, que brindarán los principales elementos para la orientación diagnóstica y terapéutica. Las cuatro preguntas iniciales que debe formularse el médico receptor de la paciente que consulta por un abdomen agudo son:
¿Es un abdomen agudo verdadero?
¿Es un abdomen agudo ginecológico?
¿Está la paciente embarazada?
¿Es de tratamiento médico o quirúrgico?

En relación a las preguntas formuladas, deben tenerse en cuenta dos aspectos:

- El concepto de pseudo abdomen agudo.
- La asociación abdomen agudo y embarazo.

El pseudoabdomen agudo incluye patologías extraperitoneales que producen síntomas que pueden simular un abdomen agudo y obligan a este primer diagnóstico diferencial. Las enfermedades más frecuentes que pueden simular un abdomen agudo son: derrame pleural, infarto agudo de miocardio, pericarditis aguda, infarto pulmonar, insuficiencia renal aguda, insuficiencia cardíaca congestiva.

La coexistencia de un embarazo y el puerperio con un abdomen agudo ginecológico

gico, puede distorsionar los síntomas y signos de este último, por modificaciones fisiológicas propias de la gestación: 1) el desplazamiento de órganos pelvianos hacia el abdomen, en particular los ovarios, el ciego y el apéndice, 2) la hipotonía de los músculos de la pared abdominal, que pueden minimizar los signos de defensa, reacción peritoneal y contractura.

El diagnóstico del abdomen agudo ginecológico se sostiene sobre tres elementos: la anamnesis, el examen físico y los métodos complementarios (figura 10.10), que permiten categorizar la tríada sintomática básica del dolor como síntoma cardinal, las modificaciones de la pared abdominal como signos y los síntomas y signos generales.

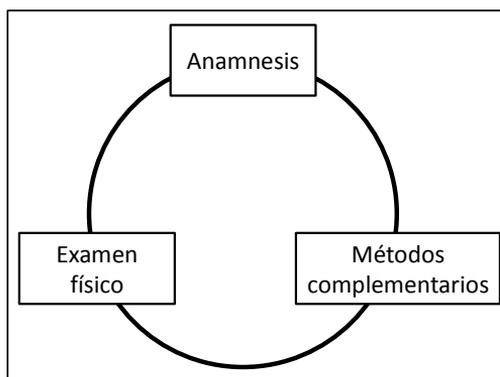


Figura 10.10: trípole diagnóstico del abdomen agudo ginecológico.

ANAMNESIS

La anamnesis no es la brújula del marino pero si la estrella del gaucho.

ORGAZ

Los principales motivos de consulta en el AAG son:

- Dolor.
- Hemorragia genital.
- Fiebre.
- Lipotimia.
- Antecedentes de maniobra genital quirúrgica o abortiva.
- Traumatismo.
- Diagnóstico previo de tumor de ovario.
- Tratamiento por infertilidad.

También se deberá establecer: la historia menstrual y obstétrica, tipo de anticoncepción, especialmente si es usuaria de DIU, antecedentes de cirugía pelviana o de patología ginecológica previa. Se deberá investigar la presencia de síntomas relacionados a otros sistemas, como el digestivo y el urinario, a los efectos de establecer diagnósticos diferenciales.

EXAMEN FÍSICO

Se ha expresado previamente que la situación de emergencia que representa un AAG siempre va a permitir realizar un examen físico minucioso y con método, que implica el examen físico general, examen abdominal, examen pelviano y eventual punción abdominal. El examen físico permite establecer la mayoría de los signos del AAG que, junto con los síntomas obtenidos en el interrogatorio, determinen los métodos complementarios a solicitar.

Este es el momento de no perder tiempo. Por lo tanto ¡no nos apresuremos!

NELATON

EXAMEN FÍSICO GENERAL

En este se deben evaluar:

- **Facie, marcha y decúbito:** en el embarazo ectópico, la marcha es encorvada tomándose la fosa ilíaca comprometida y el decúbito es antálgico, con flexión de muslos y piernas. La denominada facie tóxica es típica de los cuadros infecciosos.
- **Frecuencia cardíaca.**
- **Tensión arterial.**
- **Temperatura:** axilar y rectal si corresponde.
- **Examen del tórax y tipo respiratorio:** en la mujer el tipo respiratorio normal es abdominal pero en el abdomen agudo se convierte en torácico como reflejo antálgico.

EXAMEN ABDOMINAL

- **Inspección:** evaluar abombamientos. La presencia de un hematoma periumbilical permite el diagnóstico diferencial con una pancreatitis.
- **Palpación:** pone de manifiesto las modificaciones de la pared abdominal.
- **Percusión:** evalúa la matidez o el timpanismo, que permite sospechar colecciones, tumores, ileo intestinal.
- **Auscultación:** la evaluación de los ruidos hidroaéreos informa las condiciones del tránsito intestinal.
- **Cuando el dolor abdominal no está localizado y es difuso,** resulta útil realizar la maniobra de Yódice Sanmartino, que consiste en palpar el abdomen mientras se hace un tacto rectal, que al relajar el esfínter anal, permite que desaparezcan los dolores reflejos y solo queda el punto o los puntos verdaderamente dolorosos.

EXAMEN GINECOLÓGICO

Se realiza tacto vaginal combinado o tacto rectal, para determinar las características de la vagina, el útero, los anexos, el fondo de saco de Douglas y los parametrios, para detectar la presencia de tumores, colecciones y zonas de mayor dolor. En el examen vaginal con espéculo se evalúa la presencia de hemorragia genital uterina, secreción purulenta endouterina y lesiones del cuello. La intensidad del dolor puede dificultar la realización del examen genital, que se completará con los métodos de diagnóstico.

PUNCIÓN ABDOMINAL

En la era precográfica, la punción abdominal era de realización rutinaria en una paciente con abdomen agudo, con el objetivo de evaluar la existencia de colecciones intraperitoneales de sangre (hemoperitoneo), pus (peritonitis supurada) o de otro tipo. En la actualidad, la ecografía vaginal y/o abdominal permiten esta evaluación. No obstante, todo médico que asiste un abdomen agudo debe estar capacitado para realizarla, cuando la situación clínica la indique y no se disponga de ecografía. Se efectúa en la fosa ilíaca izquierda, a nivel del punto de Mac Burney izquierdo o, preferentemente, en el fondo de saco de Douglas (culdocentesis), cuando éste es doloroso y abomba al tacto (figura 10.11). La positividad de la punción confirma el diagnóstico, pero su negatividad no lo excluye.

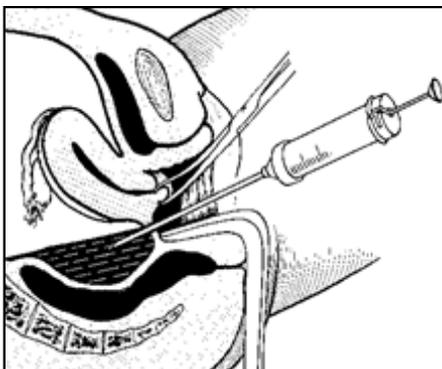


Figura 10.11: punción del fondo de saco de Douglas.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

Los métodos complementarios de diagnóstico deben solicitarse con la racionalidad que indica la orientación diagnóstica semiológica, las disponibilidades del medio asistencial en el que se actúa y la magnitud de la emergencia. Los métodos diagnósticos a considerar son: laboratorio bioquímico, bacteriológico y patológico, radiología, ecografía, laparoscopia y laparotomía exploradora.

LABORATORIO BIOQUÍMICO

De solicitud obligatoria: citológico completo con recuento de plaquetas,

eritrosedimentación, proteína C reactiva como marcador inflamatorio y de degradación tisular, grupo sanguíneo y factor Rh, estudios de coagulación y subunidad beta de hCG cuantitativa.

LABORATORIO DE BACTERIOLOGÍA

Las secreciones purulentas que se obtienen de vagina, útero, punción abdominal y/o del fondo de saco de Douglas, deben enviarse para estudio bacteriológico con investigación de anaerobios. Si bien sus resultados no son inmediatos, serán de utilidad para una antibioticoterapia posterior.

LABORATORIO DE PATOLOGÍA

Toda muestra de tejido o de citología que se obtenga de la paciente, debe ser enviada para el estudio citohistológico.

RADIOLOGÍA

De solicitud obligatoria:

- 1) radiografía de tórax: para descartar patologías relacionadas al pseudoabdomen agudo y para valoración prequirúrgica.
- 2) radiografía de abdomen: de preferencia de pie, para evaluar asas distendidas y niveles hidroaéreos si hay íleo intestinal; velamiento pelviano por colección en el fondo de saco de Douglas; nivel aéreo entre el hígado y el diafragma por perforación de víscera hueca; borramiento del borde externo del músculo psoas en la pelviperitonitis pelviana y engrosamiento del borde interasas (signo del revoque) por la presencia de exudado peritoneal.

ECOGRAFÍA

La ecografía es un procedimiento incruento y de gran valor diagnóstico en el AAG, por su alta definición y disponibilidad en la mayoría de los medios asistenciales. La evaluación ecográfica de abdomen y pelvis, por vía transvesical o transvaginal, permite:

- Poner en evidencia tumores pélvicos que no se detectaron en el examen físico y determinar su macroscopía.
- Mostrar un piosálpinx o un embarazo ectópico.
- Detectar colecciones intraperitoneales.
- Evidenciar patología extragenital (litiasis renal, vesicular o coledociana).

LAPAROSCOPIA

La laparoscopia representa un método cruento, complejo y de disponibilidad restringida en la emergencia, pero que debe ser tenida en cuenta como opción diagnóstica ya que es de alta definición. La posibilidad de resolver la causa del AAG a través de cirugía laparoscópica, le agrega un beneficio adicional. Su indicación debe cumplir dos criterios: proveer un diagnóstico preciso y definitivo y que los hallazgos eviten una laparotomía.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Si los métodos precedentes no permiten llegar a un diagnóstico de certeza y la condición de la paciente impone una resolución de su patología, se debe efectuar una laparotomía exploradora, con criterio de diagnóstico y terapéutica. Se recomienda la incisión mediana infraumbilical, que permite el ingreso a la cavidad abdominal y el cierre de la incisión rápidos, con acortamiento del tiempo quirúrgico. También posibilita la ampliación hacia el abdomen superior, en el caso que la patología encontrada lo obligue.

En relación a la laparotomía exploradora como método diagnóstico se destacan cinco conceptos:

El momento oportuno huye rápidamente.

HIPÓCRATES

Aún el ginecólogo más experimentado puede sorprenderse al comprobar cuanto más seguro es su sentido visual que sus dedos entrenados.

TE LINDE

Mejor una laparotomía de más que una expectación desastrosa.

LENORMAND

En el abdomen agudo, ante la duda NO abstenerse.

TERRIER

El abdomen agudo es una caja de sorpresas y la intervención quirúrgica debe ser realizada por una persona bien entrenada y de experiencia, capaz de resolver y solucionar todos los problemas que puedan surgir durante el acto operatorio.

ORGAZ

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del AAG se debe establecer entre:

- Las diferentes etiologías del AAG.
- Los cuadros de pseudo AA.
- El AA extragenital.

Los dos primeros diagnósticos diferenciales ya han sido mencionados, por lo que, en este apartado se consignan las patologías abdominales extragenitales más frecuentes que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial (figura 10.12).

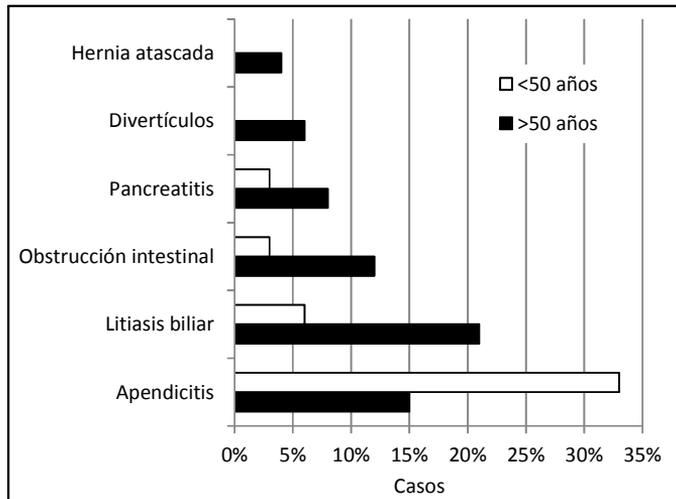


Figura 10.12: patologías más frecuentes de AA extraginecológico estratificadas por edad.

PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS

Dadas las etiologías múltiples del AAG, el tratamiento es específico para cada caso, pero existen principios generales que se resumen a continuación:

- Los AAG hemorrágicos, mecánico y traumático, son siempre quirúrgicos.
- El AAG funcional se trata médicamente.
- El AAG infeccioso es de tratamiento médico si no existe colección purulenta demostrada y quirúrgico en caso contrario o si después de 48 hs a 72 hs de tratamiento médico, la paciente no evoluciona favorablemente.
- No apresurarse en la decisión terapéutica hasta haber realizado un adecuado diagnóstico, pero no retardarla más de lo necesario.
- Cuando no se logra un diagnóstico, se deberá recurrir a la laparotomía exploradora como recurso aclaratorio.

- Siempre que se aborde quirúrgicamente un AAG, se deben usar incisiones rápidas, simples y que puedan ampliarse. La mediana infraumbilical cumple con estos requisitos.
- Dado que las patologías que conducen a un AAG son patrimonio, en la mayoría de los casos, de la mujer en edad reproductiva, tratar de ser conservador del órgano y la función, pero siempre que se erradique la causa etiológica.

RECOMENDACIONES PARA LA ASISTENCIA DEL AAG SEGÚN LOS NIVELES DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL: MÉDICO GENERALISTA

Ante la sospecha diagnóstica, solicitud de estudios obligatorios y derivación urgente al tercer nivel, iniciando las medidas terapéuticas de primera línea: estabilización hemodinámica de la paciente descompensada y antibióticoterapia en caso de infección.

SEGUNDO NIVEL: ESPECIALISTA EN TOCGINECOLOGÍA

Realiza la confirmación del diagnóstico. Si la conducta es quirúrgica efectúa la laparotomía/laparoscopia exploradora y/o terapéutica. Si es un AAG infeccioso no quirúrgico o funcional, indica la antibióticoterapia específica o controla la expectación.

TERCER NIVEL: CENTRO MÉDICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Se debe internar a la paciente en todos los casos.

DOLOR PELVIANO

SINDROMES ÁLGICOS PELVIANOS AGUDOS Y CRÓNICOS

El síntoma dolor se define como una experiencia sensitiva o emocional desagradable, asociada o no con daño tisular.

El dolor pelviano puede ser agudo o crónico. El dolor pelviano agudo está relacionado con las emergencias ginecológicas que se manifiestan como abdomen agudo o hemorragias genitales, temas que son tratados en esta Unidad, por lo que en este subtema se desarrolla el dolor pelviano crónico y sus etiologías ginecológicas más frecuentes.

DOLOR PELVIANO CRÓNICO

El dolor pelviano crónico (DPC) es un síntoma que se manifiesta como un síndrome complejo, de origen multicausal, prevalente en la consulta ginecológica porque la mujer lo asocia inicialmente a su aparato genital. El síntoma de dolor pelviano crónico se define con criterio organicista o funcional. En el primer caso, la Sociedad Internacional de Dolor Pelviano lo define como *el dolor asociado o no con la menstruación, de al menos 6 meses de duración, que es lo suficientemente severo para causar incapacidad funcional y requerir tratamiento médico y/o quirúrgico*. La Sociedad Europea de Urología define el síntoma y el síndrome de dolor pelviano crónico con criterio funcional. Al síntoma lo define como *el dolor no maligno percibido en las estructuras pélvicas, continuo o recurrente, por un período al menos de 6 meses, con consecuencias en la conciencia, la conducta, la sexualidad y el estado de ánimo. El síndrome es definido como el dolor persistente o episódico, asociado a síntomas de disfunción del aparato genital femenino, el tracto urinario inferior, el intestino y la sexualidad, habiéndose descartado infección u otras patologías evidentes*.

El dolor pelviano crónico se localiza a nivel del abdomen inferior, región lumbosacra inferior, glúteos, pelvis o estructuras intrapelvianas.

En conclusión, el dolor pelviano crónico, independiente que se lo aborde con criterio organicista o funcional, no es una única enfermedad sino un síndrome multifactorial en el que están involucradas todas las estructuras pelvianas.

Para una mejor comprensión de la fisiopatología del DPC, se recuerda a continuación, la inervación de la pelvis y la clasificación del dolor como síntoma.

INERVACIÓN DE LA PELVIS

La inervación de la pelvis (figura 10.13) depende del sistema nervioso central somático y del sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático. Las fibras simpáticas proceden de los últimos segmentos dorsales de la médula (D11-D12) y de los segmentos lumbares (L1-L2). Las fibras parasimpáticas se originan en el plexo sacro (S2-S3-S4) y dan origen a los nervios pélvicos que terminan en el plexo hipogástrico inferior, que envía fibras al útero y al tercio superior de la vagina.

Los principales plexos nerviosos que inervan la pelvis y su contenido son:

- El plexo hipogástrico superior o nervio presacro, situado a nivel de la bifurcación aórtica.
- El plexo hipogástrico medio, situado por debajo del promontorio.
- El plexo hipogástrico inferior, que se sitúa a nivel de los ligamentos úterosacros y llega hasta el tercio superior de la vagina.
- El plexo ovárico, que acompaña a los vasos ováricos e inerva los ovarios, el tercio externo de las trompas y los ligamentos anchos.

Los músculos y tejidos perineales son inervados por el nervio pudendo, procedente de la rama anterior de los nervios sacros 2, 3 y 4. La piel del periné se halla inervada por ramas de los nervios ilioinguinal, femorocutáneo y cutáneo.

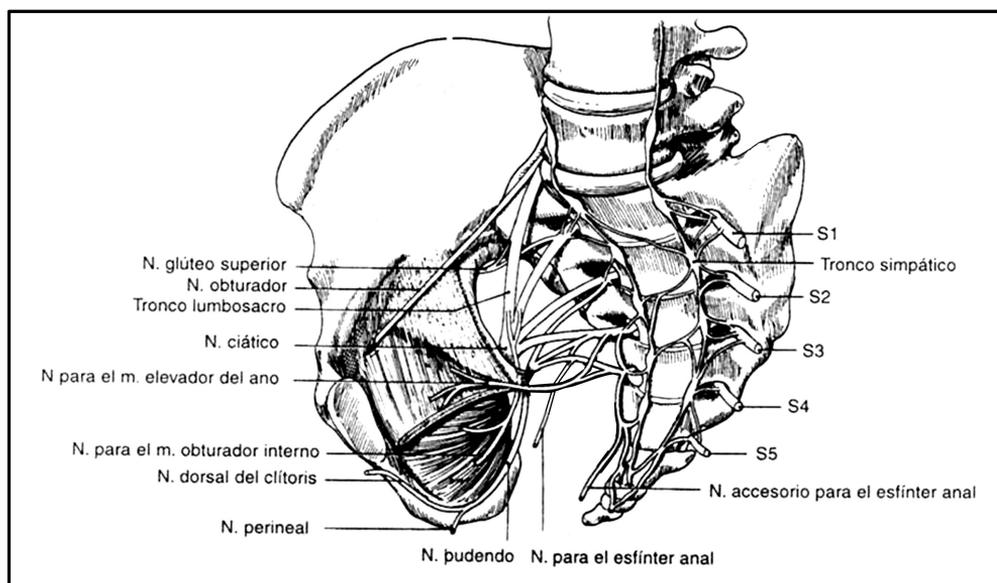


Figura 10.13: *inervación de la pelvis femenina*

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

El dolor puede clasificarse como agudo o crónico.

El **dolor agudo** es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos por una agresión y tiene función de protección biológica. Se entiende por nocicepción el proceso neuronal mediante el que se codifican y procesan los estímulos potencialmente dañinos para los tejidos. Es un dolor de naturaleza nociceptiva y aparece por la estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos. Cursa con síntomas psicológicos escasos, limitados a una ansiedad leve.

El **dolor crónico** no posee una función protectora y, más que un síntoma se considera una enfermedad. Es un dolor persistente, que puede autoperpetuarse por tiempo prolongado después de una lesión, e incluso, en ausencia de ella. Suele ser refractario a los tratamientos y se asocia a importantes síntomas psicológicos.

En función de los mecanismos fisiopatológicos, el dolor puede diferenciarse en nociceptivo o neuropático. El dolor nociceptivo es la consecuencia de una lesión visceral o somática. La sensación visceral expresa el dolor que nace de órganos internos y la sensación somática es la que proviene de las capas cutáneas, aponeurosis y músculos. El dolor neuropático es el resultado de una lesión en la transmisión de la información visceral o somática a nivel del sistema nervioso central o periférico. Una de sus características es la presencia de alodinia, que es la aparición de dolor frente a estímulos

que habitualmente no son dolorosos.

EPIDEMIOLOGÍA

El DPC es un motivo de consulta frecuente en ginecología, manifestándose en el 10% de las pacientes y representa el 33% de las indicaciones de videolaparoscopia y el 12% de las histerectomías. Tiene una prevalencia de 12% en mujeres en edad fértil y de 4% entre los 15 a 73 años. En atención primaria, se estima que el 40% de mujeres manifiestan DPC. El 25% de las mujeres con DPC pierden un día de trabajo por mes y el 58% tienen restringida su actividad normal. Las consultas por DPC comienzan en la adolescencia, tienen su pico en la etapa reproductiva y decrecen a partir de los 35 años.

ETIOLOGÍA DEL DOLOR PELVIANO CRÓNICO

Como ya se ha expresado representa una de las patologías que recepta el ginecólogo con etiologías más variadas, pertenecientes al aparato genital o a otros aparatos y sistemas del organismo. Por esta razón, existen clasificaciones etiológicas con enfoques diferentes.

CLASIFICACIÓN DESCRIPTIVA

Permite el conocimiento de todas las patologías que pueden producir DPC pero es de menor utilidad clínica (tabla 10.1). Agrupa las causas de DPC en:

- De origen ginecológico, con etiologías de presentación cíclica y acíclica.
- De origen no ginecológico, con etiologías gastrointestinales, urinarias, musculoesqueléticas, neurológicas y sicosexuales.

Tabla 10.1: Clasificación descriptiva del dolor pelviano crónico

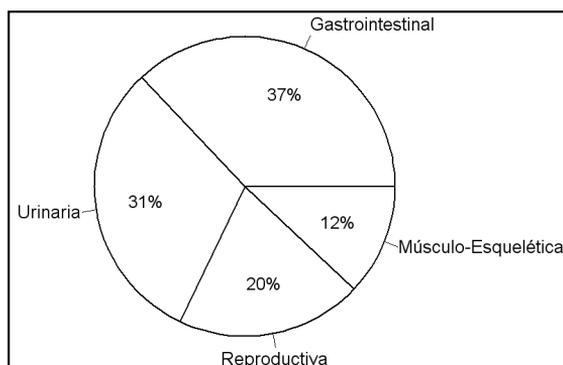
ORIGEN GINECOLÓGICO

CÍCLICAS	ACÍCLICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor ovulatorio crónico 	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencias pélvicas • Endometriosis • Enfermedad inflamatoria pelviana crónica • Tumor ovárico • Varicocele pelviano • Distopias uterinas • Prolapso genital • Secuelas quirúrgicas u obstétricas
<ul style="list-style-type: none"> • Dismenorrea primaria 	
<ul style="list-style-type: none"> • Dismenorrea secundaria por: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Himen imperforado ✓ Tabique vaginal ✓ Estenosis de cuello uterino ✓ Cuerno uterino no comunicante ✓ Adenomiosis ✓ Mioma submucoso ✓ Pólipo endometrial ✓ Sinequia endometrial ✓ Dispositivo intrauterino ✓ Endometriosis 	

ORIGEN NO GINECOLÓGICO

GASTROINTESTINALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Constipación • Colon irritable 	<ul style="list-style-type: none"> • Divertículos • Apendicopatía
URINARIAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Cistitis intersticial • Síndrome uretral 	<ul style="list-style-type: none"> • Litiasis ureteral
MÚSCULOESQUELÉTICAS O NEUROLÓGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Mialgia del piso pelviano • Hernia umbilical • Dolor mioaponeurótico de la pared abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Estenosis raquídea • Osteoporosis lumbar • Hernia de disco
PSICOSEXUAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Anorgasmia 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de abuso sexual

CLASIFICACIÓN PORCENTUAL POR APARATOS Y SISTEMAS



Permite una visión clínica de las etiologías del DPC, ordenadas por su prevalencia (figura 10.14).

Figura 10.14: clasificación del DPC porcentual por aparatos y sistemas.

CLASIFICACIÓN POR ETIOLOGÍAS ESPECÍFICAS GINECOLÓGICAS Y NO GINECOLÓGICAS

Las etiologías específicas más frecuentes en cada sistema causantes de DPC son la endometriosis, la adenomiosis, la enfermedad inflamatoria pelviana crónica, las adherencias posquirúrgicas, la vulvodinia, la cistitis intersticial, el colon irritable y las infecciones urinarias bajas (figura 10.15).

Figura 10.15: clasificación del DPC por etiologías específicas ginecológicas y no ginecológicas.

CLASIFICACIÓN DE ETIOLOGÍAS GINECOLÓGICAS POR NIVEL DE EVIDENCIA

Esta clasificación permite al ginecólogo orientarse en el diagnóstico del DPC porque es la que tiene mejor nivel de evidencia.

Etiologías con nivel de evidencia A (estudio clínico controlado y aleatorizado):

- Endometriosis.
- Tumor maligno genital.
- Varicocele pelviano.
- Enfermedad inflamatoria pelviana crónica.

Etiologías con nivel de evidencia B (estudio clínico controlado no aleatorizado):

- Adherencias pelvianas.
- Tumor de ovario benigno.
- Mioma uterino.

Etiologías con nivel de evidencia C (opiniones de expertos):

- Adenomiosis.
- Dolor ovulatorio.
- Dismenorrea.
- Endometritis crónica.
- Dispositivo intrauterino.
- Prolapso genital.

PRINCIPIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

El DPC está asociado frecuentemente a varias etiologías más que a una única causa, por lo que su diagnóstico y tratamiento deben contemplar esta realidad, promoviendo la asistencia multidisciplinaria.

Considerando que el ginecólogo es el receptor más frecuente de la consulta por DPC, sus principales responsabilidades son:

- Elaborar la historia clínica.
- Realizar el examen físico.
- Solicitar los estudios complementarios.
- Informar a la paciente.
- Realizar los tratamientos médicos y/o quirúrgicos, cuando la etiología es ginecológica.
- Derivar a la paciente con criterio interdisciplinario si la conclusión o sospecha diagnóstica lo indica.

INTERROGATORIO

En la consulta por DPC, la anamnesis debe seguir la metodología general pero debe ser dirigida en particular sobre los siguientes aspectos:

- Características del dolor: intensidad, localización, irradiación, permanente o cíclico, duración, tiempo de inicio, relación con algún evento que lo haya desencadenado.
- Características de la menstruación.
- Complicaciones de la episiotomía, si las hubo.
- Dolor en las relaciones sexuales (dispareunia).
- Hábito intestinal.
- Síntomas urinarios.
- Antecedentes quirúrgicos abdominales y pelvianos.

EXAMEN FÍSICO

El examen abdominal y ginecológico se debe realizar según las pautas rutinarias en la paciente que consulta por DPC pero se deben efectuar tres maniobras semiológicas específicas que pueden ayudar en el diagnóstico etiológico.

- Investigar la presencia de dolor a la palpación en los puntos ováricos, situados a ambos lados de la línea media por debajo del ombligo (figura 10.16). El dolor a la compresión de los mismos, asociado a dispareunia, tiene una sensibilidad del 94% y especificidad del 77% para diagnóstico de varicocele pelviano.
- Al examinar los genitales externos, evaluar puntos dolorosos en la región vulvar con un hisopo, como lo muestra la figura 10.17.
- En el tacto vaginal, deslizar el/los dedos exploradores por los músculos del piso pelviano, especialmente del elevador del ano, buscando puntos dolorosos que orientan hacia un componente muscular del dolor (figura 10.18) y explorar el tabique rectovaginal y el fondo de saco de Douglas buscando signos de endometriosis.



Figura 10.16: puntos ováricos.

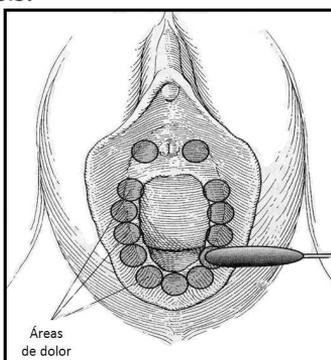


Figura 10.17: evaluación de puntos vulvares dolorosos.

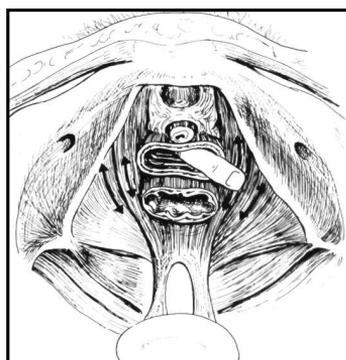


Figura 10.18: maniobra para detectar lesiones musculares del piso pelviano.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

Los métodos de imágenes, en particular la ecografía vaginal y abdominal, brindarán información útil dependiendo de la patología existente. Sin embargo, en muchas pacientes con DPC, ni la anamnesis, el examen físico y las imágenes aportan datos positivos para orientar el diagnóstico, por lo que, en estos casos, el ginecólogo deberá indicar una videolaparoscopia antes de proceder a la derivación a otros especialistas. Si bien entre el 20% al 40% de las mujeres con DPC en las que se realiza la endoscopia no se encuentra causa etiológica, en las restantes se diagnosticará, en orden de mayor frecuencia, endometriosis, adherencias peritoneales (figura 10.19), varicocele pelviano y salpingitis crónica.

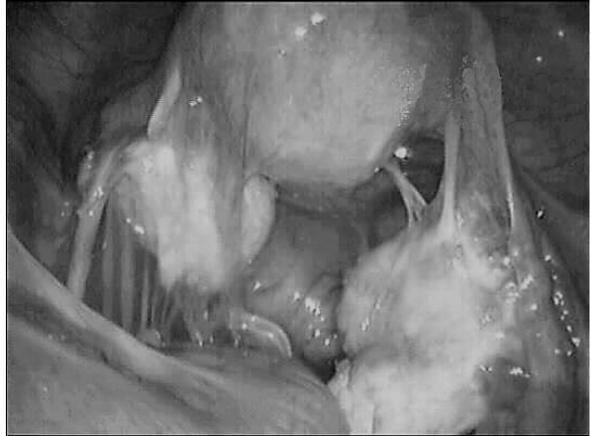


Figura 10.19: adherencias pelvianas tuboováricas.

TRATAMIENTO DEL DPC SIN ETIOLOGÍA DEMOSTRADA

Dado que en un porcentaje elevado de mujeres con DPC no se detecta una causa orgánica o estructural genital o extragenital que lo justifique, y que la persistencia del dolor impulsará a la paciente a recurrir al ginecólogo porque lo considera su médico de cabecera, es necesario analizar esta situación clínica habitualmente conflictiva.

Los tratamientos médicos propuestos para el tratamiento del DPC son:

- Descongestivos pelvianos con acción vasoconstrictora.
- Antiinflamatorios no esteroides (AINEs).
- Gestágenos cíclicos.
- Anticonceptivos hormonales.
- Análogos de GNRH.
- Sicoterapia de apoyo.

Los tratamientos quirúrgicos pueden ser de depuración o *Clearence Pélvico* o paliativos. Las cirugías de depuración son la adhesiolisis, la salpinguectomía, la extirpación de focos endometriósicos y la histerectomía. Los paliativos son la Neurotomía o ablación del nervio úterosacro (denominada LUNA por la sigla de su nombre en inglés *Laparoscopic Uterosacral Nerve Ablation*) y la Neurectomía presacra. Ambas técnicas se realizan habitualmente por vía laparoscópica.

La técnica LUNA consiste en destruir las fibras nerviosas sensitivas que salen del plexo hipogástrico inferior a través del ligamento úterosacro (figura 10.20.A). La Neurectomía Presacra consiste en extirpar el tejido celular retroperitoneal a nivel del promontorio, que contiene las fibras nerviosas que van al útero, pertenecientes al plexo hipogástrico superior (figura 10.20. B) La comparación entre LUNA y Neurectomía Presacra laparoscópica para el tratamiento del DPC no mostró diferencias significativas en el alivio del dolor a corto plazo; sin embargo, la segunda demostró ser significativamente más efectiva que LUNA a largo plazo.

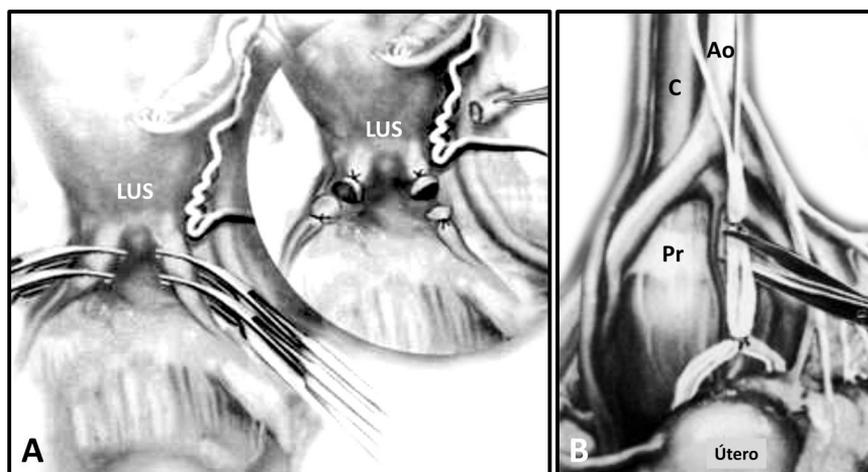


Figura 10.20: A: técnica LUNA; B: neurectomía presacra. Referencias: LUS: ligamentos úterosacros; Pr: promontorio; C: vena cava inferior; Ao: arteria aorta.

En el año 2005, la base de datos de Estudios Clínicos Controlados Cochrane publicó una revisión de los tratamientos para el dolor pélvico crónico, excluyendo la endometriosis, la dismenorrea primaria, la enfermedad inflamatoria pélvica y el colon irritable, con las siguientes conclusiones:

- El uso de progestágenos o de anticonceptivos hormonales mostraron reducción del dolor mientras se los usa.
- El uso de análogos de GnRH redujeron el dolor durante su uso y con persistencia de la mejoría durante un tiempo posterior a la discontinuación.
- No mostraron eficacia la liberación quirúrgica de adherencias, la sección de los nervios uterinos ni el uso de antidepresivos.

CONSIDERACIONES PARTICULARES SOBRE VARICOCELE PELVIANO Y ENDOMETRIOSIS COMO CAUSA DE DOLOR PELVIANO CRÓNICO

VARICOCELE PELVIANO

También denominado Síndrome de Congestión Pelviana, se lo describe frecuentemente en mujeres con DPC y laparoscopia normal. Se caracteriza por la presencia de dilatación varicosa y estasis del sistema venoso pelviano, que se produciría por disfunción endotelial y del sistema nervioso autónomo (figura 10.21).

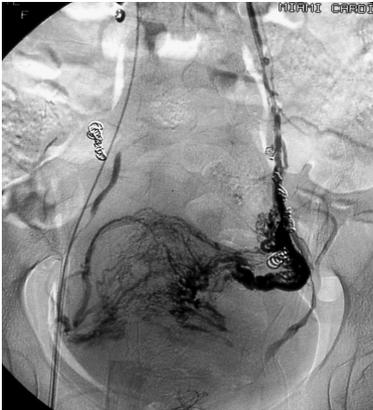


Figura 10.21: Flebotomografía que muestra un varicocele pelviano izquierdo.

Se manifiesta con dolor difuso, sordo, localizado en las fosas ilíacas con irradiación lumbar, sacra, anal o inguinal. Es de comienzo paulatino y se incrementa con el calor, los esfuerzos, la marcha y las relaciones sexuales. Puede asociarse con polaquiuria y disuria. El examen físico abdominal pone de manifiesto dolor en los puntos ováricos y en el tacto vaginal la palpación del útero produce dolor leve. El varicocele pelviano puede confirmarse por ecografía vaginal con Doppler color y por visualización directa en la laparoscopia. El tratamiento médico se realiza con drogas vasoconstrictoras (dihidroergotamina).

ENDOMETRIOSIS

La endometriosis (EDT) se desarrolla en sus principales aspectos en la Unidad 9 por lo que, en esta Unidad, se destacan aspectos relacionados con el dolor pelviano. Las tres manifestaciones dolorosas de la EDT son el dolor pelviano crónico, la dispareunia y la dismenorrea. En el DPC, el dolor es constante con agravación intermitente. La dismenorrea por EDT es de comienzo pre e intramenstrual inicial, durante los primeros dos días de sangrado. La dispareunia por EDT se presenta, de preferencia, en mujeres con focos profundos en el tabique rectovaginal y la raíz de los ligamentos úterosacros. Muchas mujeres afectadas presentan no sólo dolor en la localización de los focos activos de endometriosis, sino también síntomas no específicos que pueden alterar significativamente su estado general. Estos síntomas consisten en sensación de malestar general y de pesadez abdominal, dolor abdominal difuso, falta de vitalidad, fatiga crónica y fluctuaciones del estado de ánimo. El dolor asociado a la EDT no

suele ser proporcional a la extensión de la enfermedad y la extirpación extensa de las lesiones no siempre logra erradicarlo.

RECOMENDACIONES FINALES SOBRE DPC

El dolor pélvico crónico supone para el médico general o el ginecólogo un desafío, por la complejidad de las estructuras englobadas en esta región anatómica, por su rica inervación con componentes viscerales, simpática y parasimpática y por las múltiples patologías que lo pueden ocasionar. A esto, se agrega el rol importante de los aspectos psicológicos y sociales que pueden contribuir al desarrollo y perpetuación de un dolor de estas características. Es frecuente que la mujer realice varias consultas con diferentes profesionales y estudios diagnósticos múltiples, sin obtener resultados satisfactorios. Por estas razones, las pacientes con DPC deben ser evaluadas con un enfoque multi e interdisciplinario (figura 10.22), incluyendo la valoración de su entorno familiar y sicosocial.

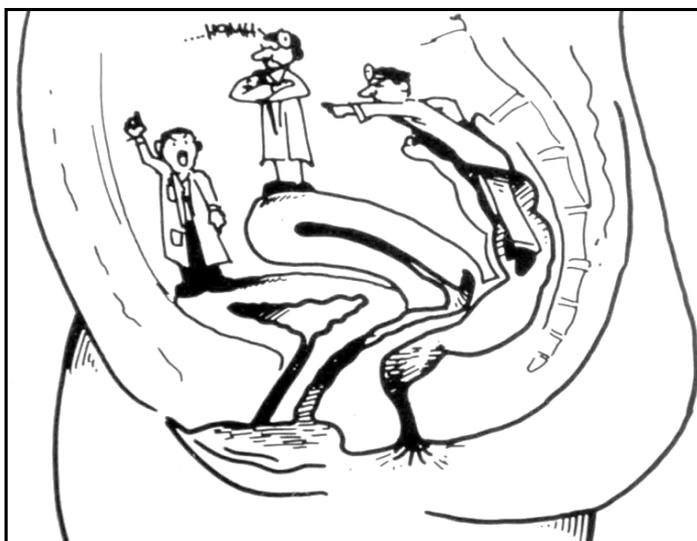


Figura 10.22: esquema difundido por la Sociedad Internacional de Dolor Pelviano para expresar el concepto de enfoque interdisciplinario del mismo.

DECÁLOGO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

- Nunca considerar que un dolor es normal.***
- Dar credibilidad a lo referido por la paciente.***
- Hacer anamnesis meticulosa.***
- Realizar examen físico prolijo.***
- Descartar otros orígenes del dolor.***
- Solicitar exámenes complementarios pertinentes.***
- Pensar y buscar endometriosis.***
- Indicar Aines, anticonceptivos hormonales y antibióticos por tiempo limitado.***
- No retrasar la indicación de Laparoscopia.***
- Si corresponde, realizar cirugía de depuración o paliativa.***

DISMENORREA

La dismenorrea se considera la principal expresión del dolor pelviano crónico cíclico asociado con la menstruación. El dolor es supra púbico, con frecuencia de tipo cólico, se irradia a ambos muslos y/o región lumbosacra y puede acompañarse de náuseas, vómitos y diarrea. Aparece antes o durante la menstruación y dura 48 a 72 horas.

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta al 50% de las mujeres, principalmente adolescentes, y disminuye progresivamente después de los embarazos. El 10% de ellas refiere dolores intensos, que las mantiene incapacitadas para realizar sus tareas habituales en cada ciclo menstrual. Por esta razón, la dismenorrea es una causa frecuente de ausentismo educativo y laboral, con el consecuente impacto económico y sobre la calidad de vida.

CLASIFICACIÓN

La dismenorrea se clasifica en primaria y secundaria dependiendo de su origen o causa. En la dismenorrea primaria no se demuestran causas estructurales que la produzcan; la dismenorrea secundaria es un síntoma de patologías pélvicas genitales o extragenitales que la originan. Las etiologías genitales más frecuentes de la dismenorrea secundaria son: endometriosis, adenomiosis, tumores uterinos benignos, malformaciones genitales müllerianas, dispositivo intrauterino, enfermedad inflamatoria pelviana crónica, varicocele pelviano, sinequias endometriales y estenosis del cuello uterino.

FISIOPATOGENIA DE LA DISMENORREA PRIMARIA

La dismenorrea primaria reconoce, como mecanismo de producción del dolor, la hipercontractilidad del miometrio con la consecuente isquemia e hipoxia muscular. Las contracciones musculares y la vasoconstricción son desencadenadas por la liberación de prostaglandinas sintetizadas en el endometrio, en particular la F2-alfa, en el proceso de necrosis y descamación endometrial que culmina en el sangrado menstrual (figura 10.23). Cada contracción miometrial dura entre 2 a 3 minutos y se producen 20 a 30 por hora en las mujeres con dismenorrea intensa, en los días de máximo dolor.

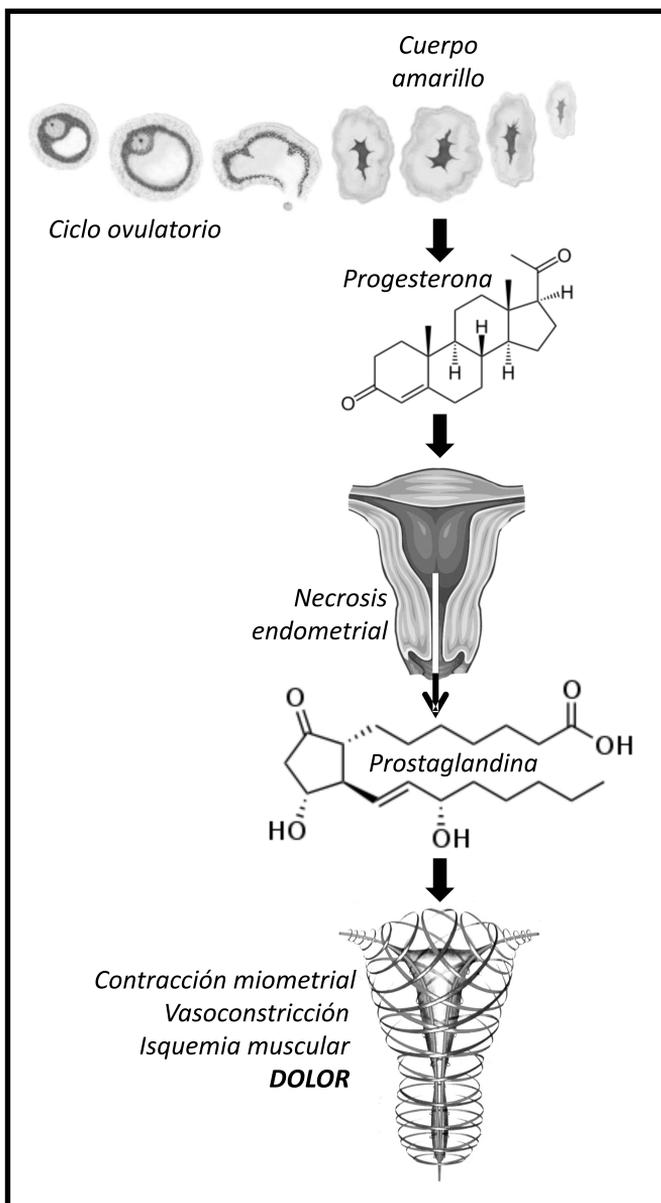


Figura 10.23: fisiopatogenia de la dismenorrea primaria.

La síntesis de prostaglandinas en el endometrio sería regulada por la progesterona, lo que fundamenta el concepto de observación clínica que la mayoría de mujeres con dismenorrea tienen ciclos menstruales ovulatorios mientras que en las mujeres anovuladoras, es infrecuente la menstruación dolorosa.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La dismenorrea primaria se instala entre los 6 a 12 meses después de la menarca, coincidiendo con la aparición de los ciclos menstruales ovulatorios. En el 88% de las adolescentes, la dismenorrea es primaria. Se inicia pocas horas antes de la menstruación y permanece durante 2 a 3 días. El pico del dolor ocurre durante las primeras 24 a 48 horas y puede asociarse a náuseas y vómitos, dolor lumbar, cefalea, astenia, diarrea, distensión abdominal, sudoración, nerviosismo, irritabilidad e hipotensión arterial.

La dismenorrea secundaria asociada a procesos patológicos pélvicos tiene características diferenciales respecto a la dismenorrea primaria:

- La edad de inicio es más tardía e incluso puede instalarse en la tercera o cuarta década de la vida
- Puede coexistir con ciclos menstruales anovulatorios.
- Es de aparición pre e intramenstrual inicial.
- La dismenorrea secundaria por endometriosis en las adolescentes, aparece a los tres o más años de la menarca.

En la dismenorrea primaria el diagnóstico se realiza en base a anamnesis, examen clínico, genital y ecografía pelviana normales. No existen métodos de laboratorio específicos de diagnóstico. El diagnóstico diferencial entre dismenorrea primaria y secundaria se realiza pesquisando datos clínicos y de métodos complementarios, específicos para las patologías que podrían estar involucradas. La videolaparoscopia representa el procedimiento de mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico diferencial y no debe retrasarse su indicación, considerando la frecuencia de la endometriosis como causa de dismenorrea en las mujeres jóvenes.

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico de la dismenorrea primaria se realiza con antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y/o anticonceptivos hormonales según el algoritmo de la figura 10.24, que depende de la necesidad o deseo de la paciente de anticoncepción y la restricción para alguno de ellos:

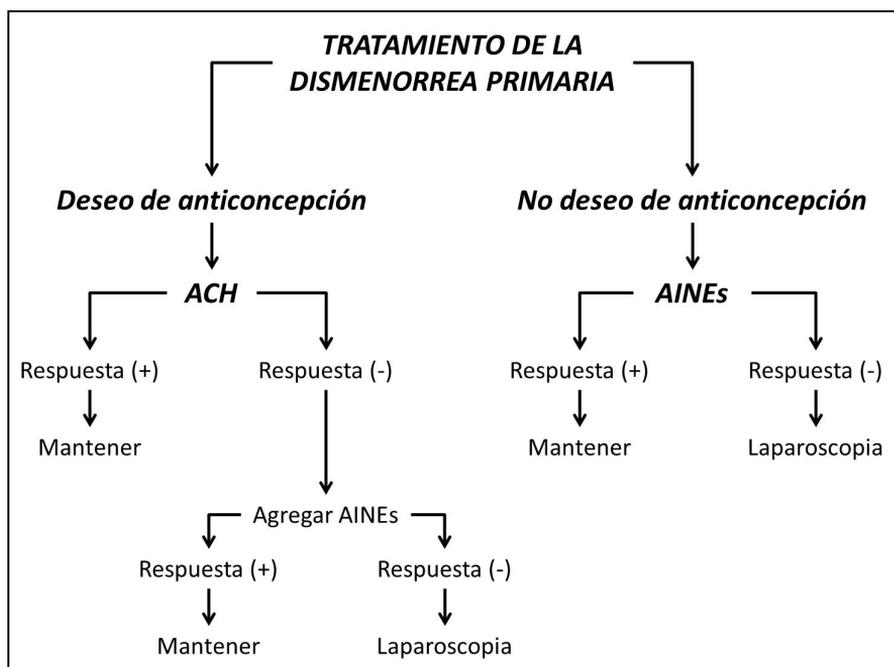


Figura 10.24: algoritmo del tratamiento de la dismenorrea primaria. Referencias: ACH: anticonceptivo hormonal. AINEs: antiinflamatorios no esteroideos.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs)

Su mecanismo de acción es la inhibición de la síntesis de prostaglandinas en el endometrio, bloqueando la acción de la enzima ciclooxigenasa del sistema prostaglandinosintetasa. De esta manera, controlan el dolor por disminución del tono uterino, de la frecuencia y amplitud de las contracciones miométriales y de la isquemia, aumentando la circulación de sangre. Los de indicación específica son los derivados del ácido propiónico (ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno) y los fenamatos (ácido mefenámico). Los derivados del ácido acético, incluida la indometacina, no son de elección por asociarse a mayores efectos secundarios.

Pueden asociarse al tratamiento con anticonceptivos hormonales, si éstos no controlan el dolor de manera suficiente. Las dosis recomendadas son:

- Ácido mefenámico: 500 mg cada 8 horas.
- Ibuprofeno: 400 mg cada 6 horas.
- Naproxeno: 250 mg cada 6 horas.
- Ketoprofeno: 50 mg cada 8 horas.

Se recomienda su administración premenstrual, ya que la síntesis de las prostaglandinas se produce antes de la aparición del sangrado. A los efectos de demostrar su eficacia, los AINEs deben administrarse no menos de 4 a 6 menstruaciones. Las contraindicaciones y efectos adversos de los AINEs son los comunes a todos ellos.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los anticonceptivos hormonales son de elección en el tratamiento de la dismenorrea primaria cuando la paciente desea evitar el embarazo. La inhibición de la ovulación, que disminuye la proliferación endometrial y los niveles de progesterona, produce disminución de la síntesis de prostaglandina F₂-alfa en el endometrio, que es el principal mecanismo por el que los anticonceptivos hormonales son eficaces en la disminución del dolor del 75% de las mujeres con dismenorrea primaria. Deben administrarse durante tres o cuatro ciclos para concluir si son eficaces. Todas las vías de administración son igualmente efectivas, aunque la de preferencia de la mujer es la vía oral. En coincidencia, todas las formulaciones combinadas que inhiban la ovulación presentan similar eficacia.

El tratamiento farmacológico de la dismenorrea primaria debe complementarse con información y consejería, ya que al tratarse de una condición más cercana a lo fisiológico que a lo patológico, la comprensión del mecanismo del dolor permite a la mujer una mejor convivencia con el mismo.

SINDROME PREMENSTRUAL

El síndrome premenstrual (SPM) incluye una amplia variedad de síntomas y signos físicos, emocionales y conductuales, que se presentan de forma cíclica y recurrente entre 5 a 11 días antes de la menstruación y desaparecen o se atenúan con el inicio de la misma. El SPM puede asociarse o no a la dismenorrea. El 85% de las mujeres en edad reproductiva manifiestan síntomas que integran el SPM en forma aislada pero sólo el 20% lo presentan en forma polisintomática.

El SPM debe diferenciarse del Desorden Disfórico Premenstrual (DDPM) en el que, en la fase premenstrual, se instalan intensos síntomas relacionados con el estado de ánimo. El 5% de las mujeres en edad reproductiva consultan por este desorden.

El diagnóstico diferencial entre ambos cuadros clínicos no es simple ya que se basa en una diferencia cualitativa de un continuo de síntomas similares y puede requerir una asistencia médica interdisciplinaria del ginecólogo y el psiquiatra ya que el SPM pertenece al área de la ginecología mientras que el DDPM lo es de la psiquiatría (figura 10.25).

Los principales síntomas de ambos cuadros son:

- Físicos: edema de miembros inferiores, aumento de la sensibilidad mamaria, cefalea y distensión abdominal.
- Emocionales: irritabilidad, ansiedad y fatiga.

- Conductuales: impulsividad, agresividad e inadecuado desempeño laboral.

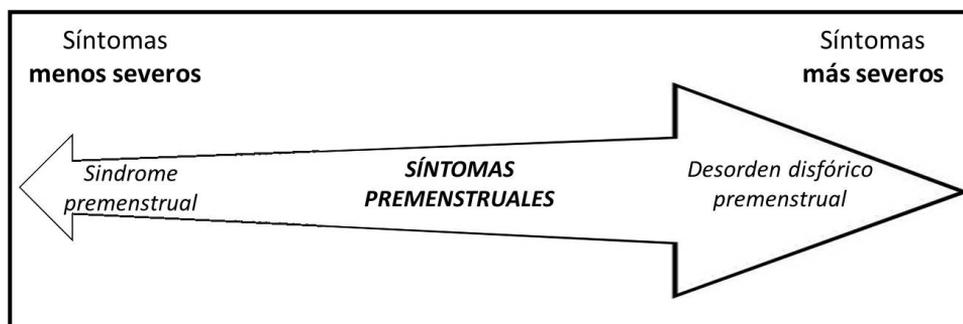


Figura 10.25 : continuo de los síntomas premenstruales

FISIOPATOGENIA

La fisiopatogenia del SPM y el DDPM está basada en datos de la observación clínica e hipótesis no demostradas. La observación clínica muestra que la inhibición de la ovulación con anticonceptivos hormonales disminuye los síntomas, por lo que se asume que la ovulación y la consecuente elevación de la progesterona en sangre producida por el cuerpo amarillo, jugaría algún rol en el desencadenamiento de los síntomas. Las hipótesis integran elementos hormonales del eje ovárico con elementos del sistema nervioso central como el neurotransmisor serotonina y los opioides endógenos. La teoría más aceptada postula que la progesterona aumenta la recaptación de serotonina en el cerebro, disminuyendo sus concentraciones, lo que produciría los síntomas emocionales y conductuales. Las betaendorfinas cerebrales, que también son moduladas por la progesterona, muestran una brusca disminución de sus concentraciones en la fase lútea tardía, lo que explicaría los síntomas de ansiedad y depresión.

TRATAMIENTO

NO FARMACOLÓGICO

Se recomienda:

- Realizar actividad física, que genera endorfinas.
- Priorizar alimentación con carbohidratos (pastas, pan, arroz, cereales integrales), de fácil digestión y que contienen triptófano, aminoácido precursor de la serotonina.
- Restringir grasas, café, bebidas con gas, alcohol y sal.

FARMACOLÓGICO

Con fundamentos similares a los expuestos en el tratamiento de la dismenorrea

primaria, en el SPM se indican anticonceptivos hormonales y diuréticos derivados de la espirolactona, si el edema es un síntoma prevalente.

En el DDPM son efectivos los antidepresivos que inhiben la recaptación de la serotonina. Los más recomendados son fluoxetina, sertralina, paroxetina y escitaloprán. Su indicación la puede realizar el ginecólogo, si está capacitado para ello, o interactuar con el psiquiatra.

HEMORRAGIAS GENITALES

Las Hemorragias Genitales (HG) patológicas son los sangrados provenientes de cualquier sitio del aparato genital femenino, excluyendo la menstruación, ya que ésta es el único sangrado fisiológico en ambos géneros de la especie humana.

Las HG representan uno de los motivos de consulta más frecuente en la ginecología ambulatoria y de emergencia en la etapa reproductiva. Las etiologías prevalentes son patologías relacionadas con el embarazo, patologías estructurales del aparato genital, especialmente uterinas y disfunciones hormonales del ciclo menstrual.

En esta Unidad, se abordan las HG con un enfoque general en sus aspectos etiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos, con un apartado especial de las emergencias ginecológicas por hemorragias.

CLASIFICACIÓN

Las HG se clasifican con criterio etiológico, por su manifestación clínica y por la topografía de la etiología. Una mención específica merece la actual clasificación PALM COEIN de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, consensuada y publicada en el año 2011, sobre el *sangrado uterino anormal*, referida a las etiologías de las hemorragias de origen uterino, que históricamente se han denominado metrorragias.

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

Es una clasificación descriptiva de las etiologías de las hemorragias genitales patológicas, que las ordena en funcionales y orgánicas, de origen genital y extragenital (figura 10.26).

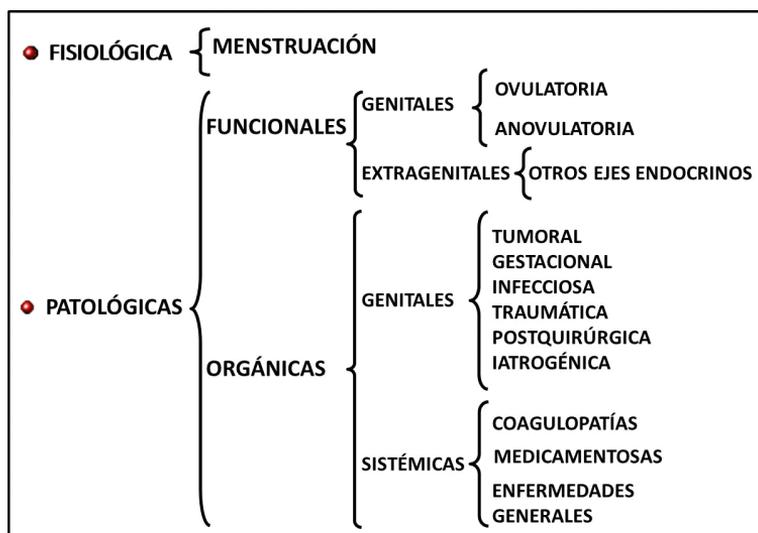


Figura 10.26 : clasificación etiológica de las hemorragias genitales.

CLASIFICACIÓN POR LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA

Esta clasificación tiene mayor connotación clínica, ya que ordena las causas de las HG según que el sangrado se exteriorice por la vulva, que las denomina externas o que el sangrado sea hacia la cavidad peritoneal, produciendo hemoperitoneo y abdomen agudo, denominadas internas. Si se traza una línea imaginaria por debajo del fondo uterino, las patologías de las estructuras anatómicas que están por debajo (2/3 del cuerpo uterino, el cuello, la vagina y la vulva) originan las hemorragias externas. Por encima de la línea (fondo uterino, ovarios y trompas) producen las hemorragias internas (figura 10.27).

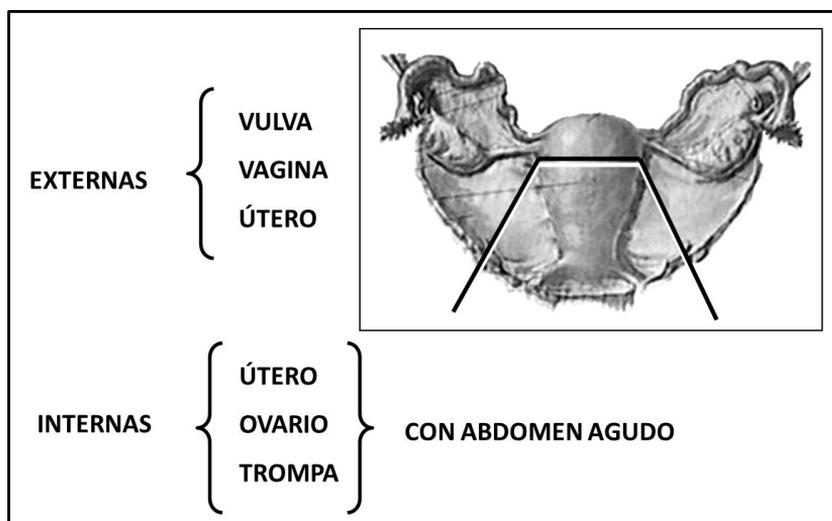


Figura 10.27 : clasificación según la manifestación de las hemorragias genitales.

CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA

Ordena las HG según la ubicación topográfica de la causa que la origina (figura 10.28). Esta clasificación tiene valor pedagógico, porque permite la descripción ordenada de las etiologías.

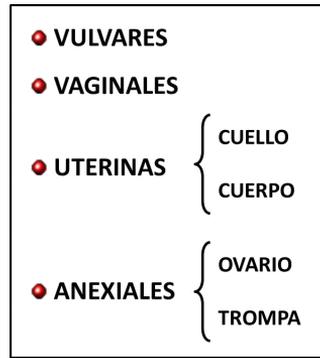


Figura 10.28 : clasificación topográfica de las hemorragias genitales.

CLASIFICACIÓN PALM COEIN

Esta clasificación propone tres definiciones en relación al Sangrado Uterino Anormal (SUA):

- SUA Agudo: episodio de sangrado uterino en una mujer en edad reproductiva, no embarazada, que es de suficiente cantidad como para requerir intervención inmediata para prevenir una mayor pérdida de sangre.
- SUA Crónico: sangrado anormal en duración, volumen y/o frecuencia, presente en la mayor parte de los últimos seis meses.
- Sangrado intermenstrual: episodios irregulares de sangrado, que ocurren en los períodos intermenstruales. *Esta clasificación propone que este término remplace al de metrorragia.*

La FIGO propone un logotipo para la clasificación Palm Coein, con el objetivo de

promover y facilitar su incorporación intelectual en los ginecólogos. Usando la primera letra de las patologías que causan el SUA, construye los términos Palm y Coein y los homologa en el logotipo a la palma de la mano y a una moneda, por la similitud onomatopéyica de ambos términos en inglés (figura 10.29).



Figura 10.29: clasificación PALM COEIN.

La clasificación Palm-Coein también subclasifica las patologías uterinas (miomas y pólipos endometriales) que producen SUA, que se desarrolla en la Unidad 9.

EIOLOGÍA

Teniendo en cuenta que las múltiples causas etiológicas de las HG son tratadas en las Unidades respectivas, en este espacio se hace mención a ellas según la clasificación topográfica, con breves comentarios sobre aspectos clínicos.

Etiologías vulvares: traumatismos, tumores benignos y malignos, infecciones y dermatopatías.

La vulva es una zona ricamente vascularizada por lo que los traumatismos de diferente origen (accidentes, parto, coitales) pueden producir sangrado abundante y hematomas (figura 10.30) que pueden obligar a su tratamiento quirúrgico de urgencia. Inversamente, en el cáncer de vulva la hemorragia es un síntoma tardío, escasa y de comienzo insidioso, lo que desfavorece el diagnóstico temprano (figura 10.31). Esto se debe a que los síntomas iniciales como el prurito y el ardor, son aceptados por la mujer o inadecuadamente tratados como dermatopatías. La aparición de sangre, aunque tardía, preocupa a la paciente y promueve la consulta.



Figura 10.30: hematoma vulvar traumático.



Figura 10.31: cáncer de la vulva.

Etiologías vaginales: tumores benignos y malignos, traumatismos, infecciones, atrofia de la mucosa, úlceras de decúbito.

Los tumores primarios de vagina benignos y malignos son poco frecuentes, especialmente los segundos. Por el contrario, son frecuentes los tumores metastásicos, que comprometen el tercio superior de la vagina, provenientes del cuello uterino, el endometrio y, en menor proporción, de los ovarios. Esto se debe a una particular

circulación retrógrada de esta porción vaginal, que favorece las metástasis. Los traumatismos más frecuentes que pueden desgarrar la vagina son los relacionados al parto y a la actividad coital. En los traumatismos, el sangrado es abundante y obliga a la solución quirúrgica de urgencia. Algunos tipos de vulvovaginitis pueden producir flujo vaginal sanguinolento, en especial la tricomoniasis. Una de las causas más frecuentes de hemorragia genital de causa vaginal es el sangrado por atrofia de la mucosa secundaria a hipostrogenismo, habitual en la mujer posmenopáusica. Este sangrado puede ser espontáneo o, más frecuente, relacionado al coito (figura 10.32). En los prolapsos uterinos avanzados, la mucosa vaginal puede ulcerarse por el compromiso de la vascularización de la mucosa y por estar expuesta al roce permanente, constituyendo una úlcera de decúbito. Este sangrado es escaso, pero preocupa a la mujer, que puede convivir con el prolapso pero concurre a la consulta alarmada por la hemorragia (figura 10.33).

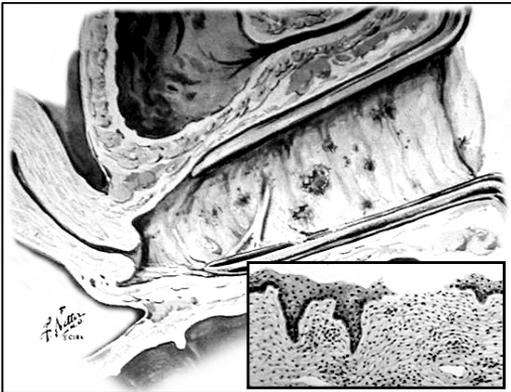


Figura 10.32: atrofia vaginal. En el inserto se observa epitelio vaginal erosionado. Modificado de Netter.

Figura 10.33: úlcera de decúbito vaginal en un prolapso.

Etiologías uterinas: tumores benignos y malignos, relacionadas con el embarazo, de origen hormonal, adenomiosis, traumáticas e infecciosas.

Las HG de causa uterina son las más frecuentes en la consulta ginecológica y constituyen las metrorragias, en la acepción histórica del término, o el sangrado intermenstrual en la terminología actual de la clasificación Palm-Coein. Para el enfoque pedagógico y clínico de las hemorragias uterinas, es recomendable subclasificarlas en cervicales y corporales.

Las hemorragias uterinas cervicales reconocen como etiologías más frecuentes los tumores epiteliales benignos y malignos, en especial los pólipos y el cáncer de cuello uterino, los miomas cervicales y las infecciones vaginales (figura 10.34 A, B y C). La clínica de estas patologías se desarrolla en las Unidades específicas.

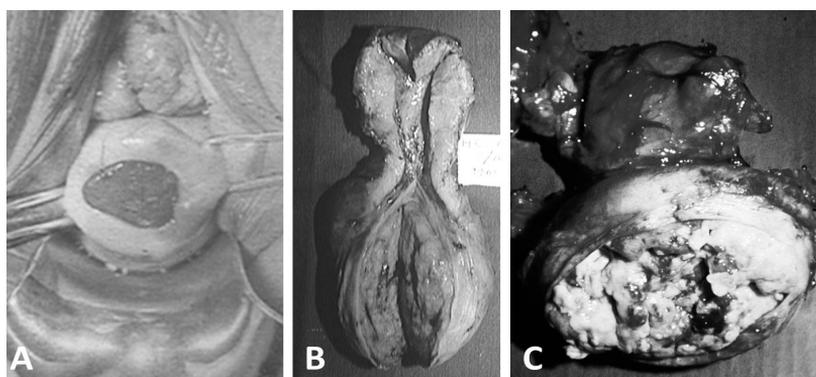


Figura 10.34:
A: pólipo cervical;
B: mioma de cuello uterino;
C: cáncer de cuello uterino.

Las hemorragias uterinas corporales son el motivo de consulta más frecuente, en relación a las otras localizaciones topográficas. Las etiologías prevalentes son los tumores benignos (mioma y pólipo de endometrio), las relacionadas con el primer trimestre del embarazo (aborto, embarazo ectópico y tumores del trofoblasto), las disfuncionales hormonales, los tumores malignos (cáncer de endometrio y sarcomas uterinos), las traumáticas y, con menor frecuencia, las infecciosas y los tumores de ovario funcionantes isosexuales (figura 10.35: A, B, C, D, E, F).

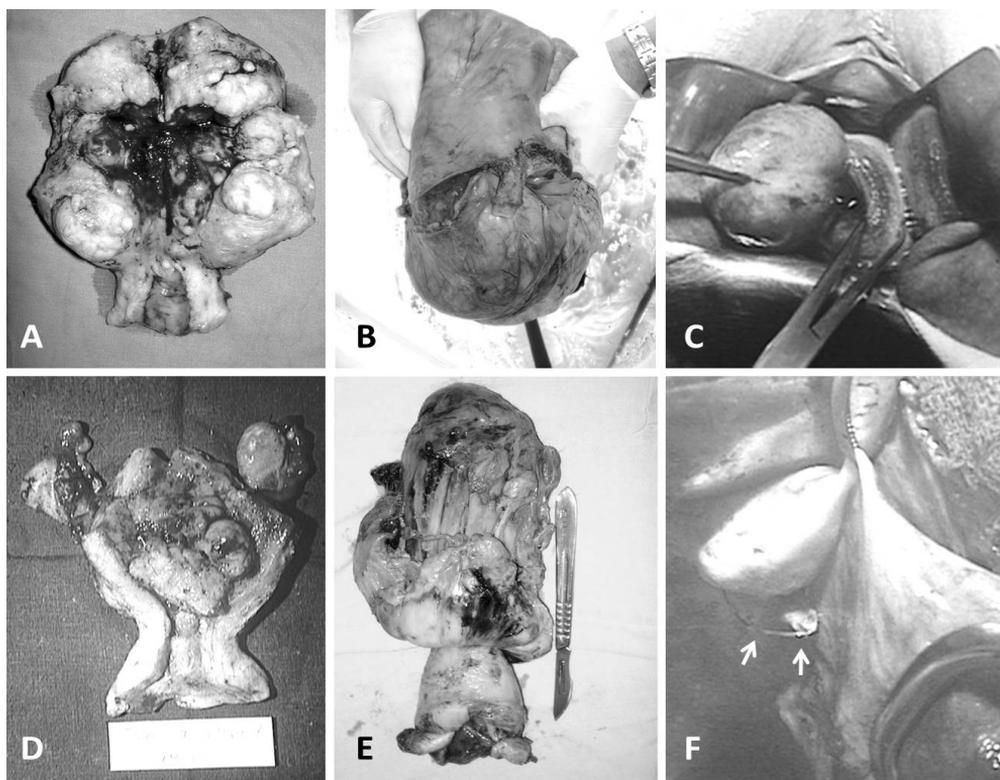


Figura 10. 35: piezas quirúrgicas de útero con: A: miomas submucosos e intramurales; B: gran mioma subseroso; C: mioma submucoso parido; D: cáncer de endometrio; E: sarcoma uterino; F: útero perforado por un dispositivo intrauterino.

Etiologías anexiales: embarazo ectópico, ruptura de tumores del ovario y del cuerpo amarillo.

Las hemorragias anexiales producen hemoperitoneo y se presentan en la clínica con las características de un abdomen agudo (figura 10.36. A y B).

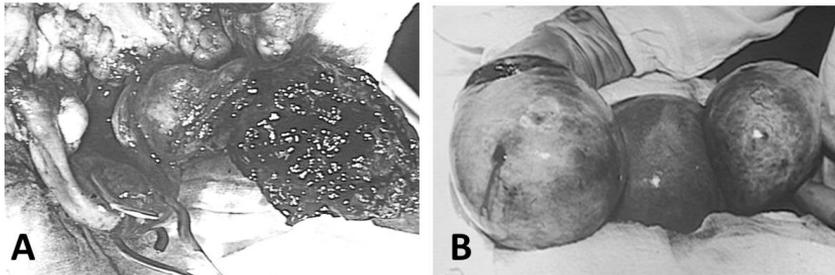


Figura 10.36: A: ruptura de endometrioma ovárico; B: ruptura de carcinoma de ovario bilateral en una mujer embarazada.

PAUTAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Dada la multiplicidad etiológica de las hemorragias genitales, en este enfoque integral de las mismas se desarrollan conceptos generales sobre el diagnóstico y la terapéutica. Los aspectos específicos se describen en las Unidades respectivas.

Ante la consulta de una mujer por una hemorragia genital, el médico que la asiste debe formularse las siguientes preguntas y, en la búsqueda de las respuestas por medio del interrogatorio, el examen físico y los métodos complementarios, logrará la orientación diagnóstica que permita confirmarla y realizar el tratamiento.

¿Es de origen genital o extragenital?

El aparato genital de la mujer termina en la vulva, en cercanías de dos sistemas en los que la patología que se expresa con sangrado es frecuente: el aparato urinario y el aparato digestivo. En muchas ocasiones, la mujer no puede determinar con exactitud el origen de la hemorragia y, aún el propio médico, puede tener esta dificultad. Como ejemplo, se grafican dos situaciones clínicas: un tumor de la uretra y hemorroides trombosadas (figura 10.37).

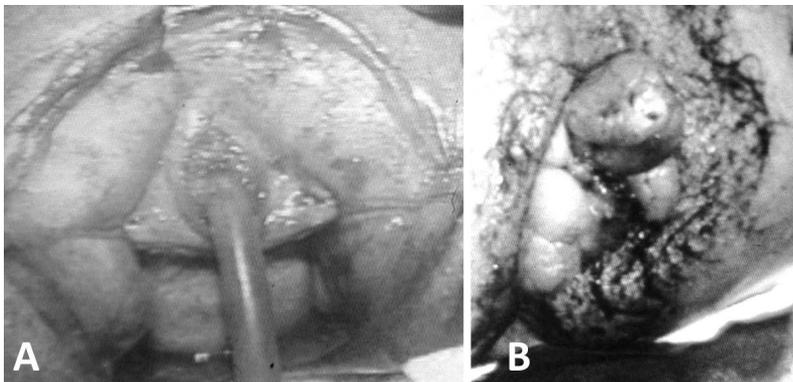


Figura 10.37: A: cáncer de uretra; B: hemorroide trombosada.

¿Es fisiológica o patológica?

Esta pregunta tiene como objetivo diferenciar una hemorragia patológica de las alteraciones de la menstruación, ya que el aparato genital de la mujer es el único sistema de la especie humana que sangra en forma cíclica fisiológica.

¿Dónde se origina la hemorragia?

La respuesta a esta pregunta tiene el objetivo de ubicar la topografía de la patología causal.

¿La hemorragia, por su magnitud o la severidad de la causa que la origina, es una emergencia?

La condición de emergencia de una HG obliga al equipo de salud que la asiste a implementar medidas terapéuticas especiales para esta situación.

¿Cuál es la etiología específica y como se la diagnóstica?

La sospecha etiológica debe promover conductas diagnósticas específicas para confirmarla.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado y específico?

La respuesta a esta pregunta implica conocer en profundidad las múltiples etiologías que pueden tener una hemorragia genital y sus tratamientos.

ANAMNESIS

Los datos más importantes a tener en cuenta en el interrogatorio son:

- La edad de la mujer que consulta por una HG tiene particular importancia, ya que hay patologías prevalentes en cada etapa de la vida. Estas etapas se estratifican en niñez, adolescencia, madurez reproductiva, perimenopausia y posmenopausia.
- Los antecedentes ginecoobstétricos, quirúrgicos pasados y actuales, traumatismos recientes, patológicos generales y uso de fármacos.
- Características del sangrado: cantidad, aspecto, duración y su relación con la menstruación.
- Presencia de síntomas asociados: dolor, temperatura elevada, decaimiento, secreción vaginal.

EXAMEN FÍSICO

Debe seguir la secuencia expresada en otras situaciones: examen general, abdominal y genital manual e instrumental.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

Se solicitarán según la certeza topográfica y la sospecha etiológica específica.

SÍNTESIS DEL ENFOQUE CLÍNICO DE LAS HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

En la tabla 10.2 y en la figura 10.38 (A y B) se describen las causas más comunes según la edad y la evaluación de las hemorragias uterinas anormales.

Tabla 10.2: Causas más comunes de hemorragia uterina anormal según edad.

Neonatal	Posmenarca inmediata
Caída estrogénica	Disfunción ovulatoria
Premenarca	Diátesis hemorrágica
Cuerpo extraño	Estrés
Traumatismo, abuso sexual	Embarazo
Infección	Infecciones
Prolapso uretral	Edad reproductiva
Sarcoma botrioides	Disfunción ovulatoria
Tumor de ovario	Disfunción endocrina
Pubertad precoz	Embarazo
	Cáncer
	Pólipos, miomas, adenomiosis
	Infecciones
Perimenopausia	Menopausia
Anovulación	Atrofia endometrial
Pólipos, miomas, adenomiosis	Cáncer
Cáncer	Terapia hormonal

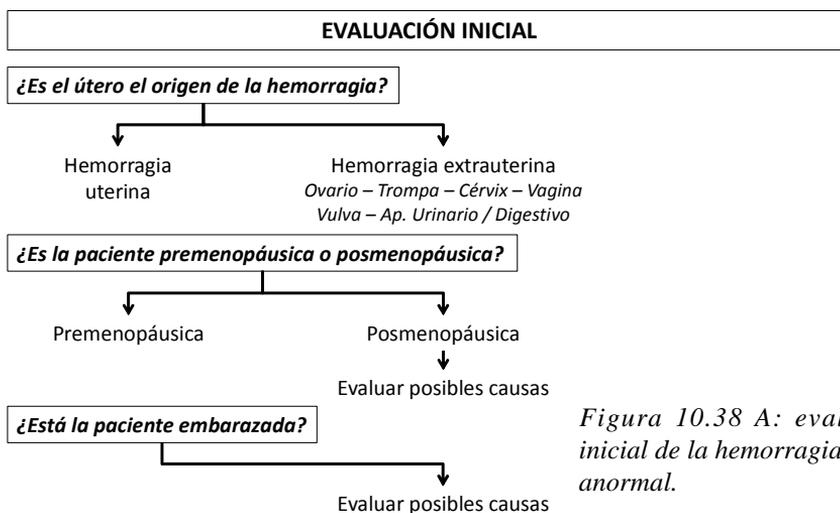


Figura 10.38 A: evaluación inicial de la hemorragia uterina anormal.

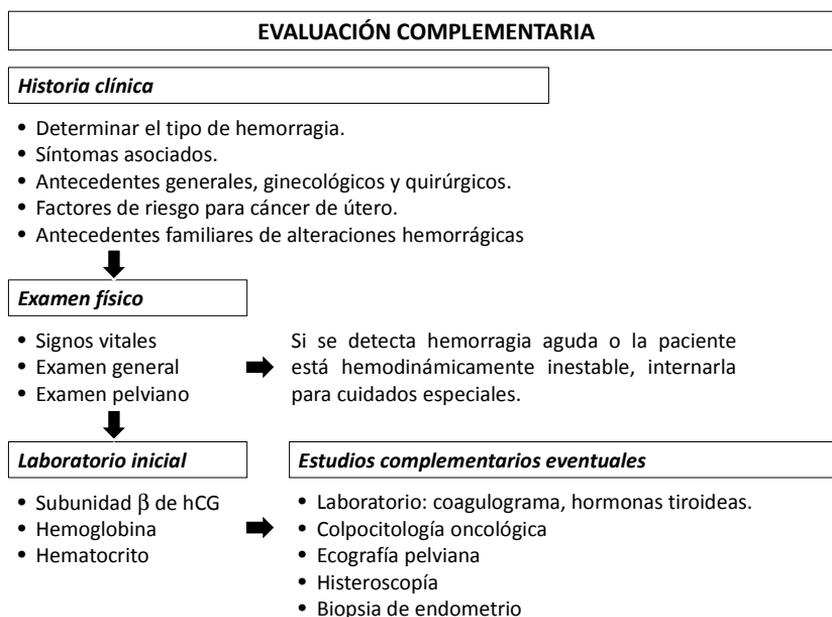


Figura 10.38 B: evaluación complementaria de la hemorragia uterina anormal.

RECOMENDACIONES PARA LA ASISTENCIA DE EMERGENCIAS POR HG

CONDUCTA EN LAS PRIMERAS 24 HS.

Categorizar la hemorragia según los siguientes parámetros en:

- Hemorragia leve: Hb >7 gr/%, hematocrito >25%, pulso y tensión arterial normales, estado general conservado.
- Hemorragia grave: Hb <7 gr/%, hematocrito <25%, pulso >100 lpm, tensión arterial <90/60 mmHg, estado general con descompensación hemodinámica.

Manejo de Hemorragias graves:

- Deben referirse al tercer nivel de atención para ser asistidas bajo internación.
- Colocar vía endovenosa para conservar la perfusión de órganos vitales, con medidas tendientes a mantener y reponer volemia con soluciones cristaloides o coloides. Para restaurar el volumen de sangre circulante, infundir las soluciones en un volumen por lo menos tres veces mayor que el perdido.
- Si hay compromiso hemodinámico severo, se realizará transfusión de sangre entera o glóbulos rojos sedimentados homogrupales

compatibles, recordando la no inocuidad de esta medida, constataando que la misma se encuentre correctamente analizada para agentes infecciosos posiblemente transmisibles por esta vía y que se hayan realizado todas las pruebas de compatibilidad.

- Estabilizada la paciente, iniciar el diagnóstico y tratamiento específico, en lo posible etiológico.
- Previo al alta médica, control evolutivo de los niveles del hematocrito y la hemoglobina.
- Indicar tratamiento con hierro intramuscular o vía oral según el grado de anemia.
- Control por consultorio externo a los 7 a 10 días posteriores al alta, para valorar la evolución del cuadro.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS HEMORRAGIAS UTERINAS FUNCIONALES:

- Administración de Benzoato de Estradiol 10 mg + 250 mg de Hidroxiprogesterona (marca sugerida Primosistón® inyectable): 1 ampolla IM y 24 hs después continuar con Etil Etil Etil Estradiol 0,01 mg + Noretisterona 2 mg (marca sugerida Primosistón® oral): 3 comprimidos por día (1 cada 8 hs) durante 10 días.
- Restituir los ciclos menstruales con anticonceptivos orales de baja dosis o Noretisterona vía oral: 10 mg por día (marca sugerida Primolut Nor®): 2 comprimidos por día de 5 mg desde el 5° al 25° día del ciclo menstrual durante 3 ciclos menstruales consecutivos.

CONCEPTOS FINALES SOBRE HEMORRAGIAS GENITALES

Excepto la menstruación, toda hemorragia genital es patológica.

Nunca posponer el examen genital ante una hemorragia.

La edad de la paciente, el interrogatorio y el examen físico, orientan sobre la etiología.

Las hemorragias genitales más frecuentes son las orgánicas uterinas.

Ante la emergencia, no perder la serenidad y realizar una semiología minuciosa.

Si existen limitaciones diagnósticas o terapéuticas, realizar una derivación oportuna.

